Б. С. БРАТУСЬ
П. И. СИДОРОВ

ПСИХОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКОВСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. — 144 с.

Данная книга является первым в советской науке монографическим исследованием, посвященным обобщению опыта изучения ранних форм алкоголизма. Авторы — психолог (Б. С. Братусь) и клиницист (П. И. Сидоров) — сосредоточили основное внимание на развернутом психолого-клиническом анализе внутренних причин и закономерностей становления алкоголизма от начального знакомства с алкоголем до развернутых стадий болезни. Важное место в работе занимают обзор основных направлений изучения раннего алкоголизма, современные вопросы диагностики и систематики, психологические аспекты профилактической работы с подростками.

Книга рассчитана на психологов, психиатров, социологов, педагогов, юристов.

Печатается по постановлению
Редакционно-издательского совета
Московского университета

Рецензенты:

доктор психологических наук *Ю. Ф. Поляков,*
доктор медицинских наук *Ф. Г. Лапицкий.*

Борис Сергеевич Братусь, Павел Иванович Сидоров

ПСИХОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Зав. редакцией *Г. С. Ливанова.* Редакторы *Ю. С. Ершова, И. И. Шевцова.* Обложка художника *В. Б. Гордона.* Художественный редактор *М. М. Евстафьева.* Технический редактор *К. С. Чистякова.* Корректоры *М. И. Эльмус, Л. А. Костылева*

Тематический план 1984 г. № 39
ИБ № 1792

Сдано в набор 16.01.84. Подписано к печати 09.10.84. Л-79873. Формат 60Х90/16. Бумага тип. № 3. Гарнитура литературная. Высокая печать. Усл. печ. л. 9,0. Уч.-изд. л. 9,94. Тираж 36 000 экз. Заказ 313. Цена 60 коп. Изд. № 2603

Ордена «Знак Почета» издательство Московского университета. 103009, Москва, ул. Герцена, 5/7. Типография ордена «Знак Почета» изд-ва МГУ. Москва, Ленинские горы

Б $\frac{0304000000-041}{077(02)-84}$ 39—84

Посвящается
профессору Б. В. Зейгарник
и профессору И. Д. Муратовой

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общеизвестна пагубность хронического алкоголизма, его многочисленных медицинских, психологических, социальных последствий. Особую тревогу вызывает наблюдающаяся во всем мире тенденция к «омоложению» этой болезни, вплоть до случаев возникновения ее симптомов в подростково-юношеском возрасте.

Данная книга — первая в стране монография, целиком посвященная раннему алкоголизму. Она отражает результаты исследования, которое было проведено в рамках научного сотрудничества кафедры общей психологии факультета психологии Московского университета и кафедры психиатрии Архангельского медицинского института. Перед нами стояли следующие основные задачи. Во-первых, дать сравнительный исторический анализ основных направлений изучения раннего алкоголизма. Во-вторых, обосновать общую, целостную модель личности, ее структуры и динамики, исходя из которой можно было бы адекватно соотнести между собой получаемые в исследовании данные — как медико-биологические, так и сугубо психологические. В-третьих, на основании предложенной модели провести развернутый психолого-клинический анализ возникновения и развития раннего алкоголизма, роли в этом процессе внешних предпосылок, психологических и биологических особенностей, специфической «предыстории» наших пациентов, т. е. их личностного развития до начала злоупотребления алкоголем. В-четвертых, связать результаты исследования с практическими вопросами, такими, как диагностика и систематика раннего алкоголизма, организация наркологической помощи подросткам, психологические аспекты профилактики, построения внешкольной воспитательной работы. Содержание книги отвечает именно этой последовательности задач. Понятно, что перечисленные задачи отнюдь не исчерпывают всей полноты и сложности проблемы раннего алкоголизма. Однако авторы видели свою главную цель не в охвате как можно большего количества вопросов и аспектов, а в попытке выделить некоторые основные психолого-клинические закономерности и механизмы процесса и показать значимость учета этих закономерностей для конкретной клинической и психопрофилактической работы.

В этой книге Б. С. Братусем написаны главы III, VI; П. И. Сидоровым — главы I, II, V; совместно подготовлена глава IV. Авторы будут признательны за все присланные замечания и пожелания читателей.

ГЛАВА I

ОТ АЛКОГОЛЬНЫХ ОБЫЧАЕВ ДО АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

1. ИСТОРИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ИЗУЧЕНИЯ РАННЕЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Внимание к вопросам подростково-юношеской алкоголизации появляется в России в 90-х гг. прошлого века. В это время публикуются работы на темы «детского алкоголизма», написанные не только врачами, но и педагогами, общественными деятелями (Якубович, 1894; Португалов, 1895; Горячкин, 1896; Эрисман, 1897; и др.). Но особенно активизируется изучение различных аспектов употребления алкоголя среди детей и юношества с 1898 г., после создания специальной «Субкомиссии по борьбе с алкоголизмом путем школы», входящей в комиссию по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним.

Изучение употребления алкоголя среди молодежи в России в то время во многом опиралось на опыт подобных исследований за границей, которые в конце XIX — начале XX в. широко проводились в Западной Европе и Северной Америке и велись в самых различных направлениях: а) изучались распространенность и характер употребления алкоголя учащимися (Bode, 1902; Helenius, 1903; Wurm, 1903; Baer, Laguer, 1907; и др.); б) исследовалось влияние алкоголя на детский и подростковый организм (Emminghaus, 1890; Demme, 1891; Rodier, 1893; Combe, 1898; Kende,1900; и др.); в) определялась взаимосвязь между успеваемостью и употреблением алкоголя (Baer, Laguer, 1907; и др.); г) разрабатывались и апробировались программы антиалкогольного обучения (Denis, 1893; Droste, 1895; Ramband, 1897; и др.).

Существенное место среди исследований этого периода занимали работы, иллюстрирующие распространенность и характер питейных обычаев, когда детям давали спиртные напитки для «укрепления здоровья», «аппетита», «улучшения роста», «облегчения прорезывания зубов», «согревания», «утоления голода», «успокоения» (Якубович, 1894, 1900; Горячкин, 1896). Бытовавшая в XIX и на рубеже XX столетия твердая уверенность в укрепляющем действии алкоголя часто имела последствием прямую алкоголизацию ребенка. Roesch (1838) возмущался тем, что многие дети Франции рано усваивают вкус к спиртным напиткам. В области Нижней Сены, по исследованиям Tourdot (1886), именно в семье дети приобщаются к пьянству, ибо они, как бы молоды ни были, получали по праздникам свою порцию водки. Lyon (1888), описав подробно три случая хронического алкоголизма у подростков, указывает на многочисленность подобных примеров, особенно среди молодежи, за-

нитой в виноторговле. Legrain (1889) писал, что во Франции широко распространено потребление алкоголя среди учеников и студентов. В Бургундии существовал обычай давать ребенку на пробу вино последнего сбора винограда. Moreau (1895) отмечал, что в рабочих кварталах Парижа дети 4—10 лет по праздникам посещают вместе с родителями харчевни и рестораны. Baratiez (1896) рисует картину широкого употребления спиртных напитков детьми как городского, так и сельского населения Франции.

Demme (1885, 1886), Kraepelin (1912) и другие указывали на бытовавший в Германии обычай давать спиртные напитки детям. Так, при обследовании одной из школ в Бонне оказалось, что из 247 детей (мальчиков и девочек) в возрасте 7—8 лет только один еще не потреблял никаких алкогольных напитков. Около 75% из них уже пили водку. Stumpf (1882) констатировал, что уже в первый год жизни дети зачастую регулярно получают пиво. В Германии, по Demme (1886), было чрезвычайно глубоко убеждение матерей в благотворном влиянии коньяка на грудных детей, поэтому многие матери часто давали им по нескольку капель этого напитка для «возбуждения аппетита» и «улучшения пищеварения», причем дозировка обычно регулировалась собственным усмотрением или советом знакомых.

Mc. Nicholl (1908), исследовав детей в пяти штатах США, обнаружил, что из коренных американских детей «спаиваются любящими родителями» 14%, а из детей эмигрантов, выходцев из Европы, — 65%. В Шотландии для «успокаивания» детям давали соску, смоченную в виски, или поили их водой с примесью алкоголя. В Бельгии был распространен обычай угощать детей водкой-можжевеловкой, а пивом там часто заменяли молоко. В Австрии в зимнее время дети бедняков перед уходом в школу обычно получали стакан водки для «согревания» и «утоления голода».

В России в то время также были широко распространены питейные обычаи, способствующие привыканию к алкоголю с раннего детства. По заявлению В. Ф. Якубовича (1894, 1900), среди населения «низшего сословия» было принято приучать детей к водке с грудного возраста с постепенным повышением дозы спиртного до нескольких рюмок. В народе существовало поверье, что если давать детям водку, то они не будут пить, когда станут взрослыми.

По наблюдениям Г. П. Горячкина (1896), спиртные напитки обычно дают слабым, истощенным, рахитичным детям для «укрепления» организма, «улучшения» сна и аппетита. Портвейн служит средством повышения аппетита, малиновая настойка — при простудных заболеваниях, кагор и черемуховую наливку применяют при поносе, «рябиновку» — при глистных инвазиях и т. д. В бедных слоях населения универсальным лечебным средством считается водка.

Среди исследований влияния алкоголя на детский организм прежде всего выделяется работа И. В. Сажина «Влияние алкоголя на нервную систему и особенности развивающегося организма» (1902). В ней содержатся многочисленные, порой уникальные опыты и наблюдения о влиянии алкоголя на нервную систему ребенка; убедительными примерами доказывается, что уже небольшие дозы алкоголя губительно влияют на формирующийся мозг и особенности растущего человека.

А. Я. Предкальн (1910) описывает существовавший на большинстве промышленных предприятий обычай устраивать «свадьбу подмастерьев» при производстве ученика в подмастерья. Для этой цели администрация предприятия даже может специально выдать аванс до 20 рублей (обычно предоставляемый только в случае смерти или серьезной болезни кого-либо из членов семьи). Полученные деньги пропивались подростками-подмастерьями вместе с рабочими в один вечер.

Таким образом, экономические условия, питейные обычаи, неправильное воспитание, дурные примеры, стремление подражать старшим, анатомофизиологические особенности детского и юношеского организма — все это являлось условиями, способствующими развитию алкоголизма в молодом возрасте. Главная роль в этом по убеждению большинства авторов, принадлежала глубоко внедрившемуся в обществе ложному мнению, что алкоголь является «успокаивающим», «укрепляющим», «питательным» средством.

Анализ отечественной литературы по проблеме детской и юношеской алкоголизации, вышедшей с начала 90-х гг. и по 1914 г. (исследования прекращены в связи с войной), позволяет выделить следующие основные направления: изучение факторов, способствующих развитию алкоголизации среди учащихся (Григорьев, 1898, 1900; Дембо, 1900; Коровин, 1908; и др.); исследование влияния алкоголя на детский и юношеский организм (Горячкин, 1896; Эрисман, 1897; Сажин, 1902; Щербаков, 1907; и др.), изучение возможностей школы в борьбе с алкоголизмом (Португалов, 1895; Виренаус, 1900; Невзоров, 1900; Плотников, 1900; Канель, 1909, 1914; Гордон, 1910; и др.). В большинстве работ этого периода использовались методы опроса и интервью либо анкетирования.

Одна из ранних попыток изучить масштабы алкоголизации среди детей принадлежит редактору первого русского антиалкогольного журнала «Вестник трезвости» (1894—1898) Н. И. Григорьеву. Он разослал заведующим сельскими училищами запрос о степени распространенности употребления алкоголя среди крестьянских детей. Были получены ответы из различных уголков России, свидетельствовавшие о почти сплошном употреблении спиртных напитков среди сельских детей, которые в большинстве приобщались, а иногда и принуждались к употреблению алкоголя родителями. Вот несколько фактов из многочисленных сельских корреспонденций, присланных

Н. И. Григорьеву. «За немногим исключением почти все крестьянские дети — мальчики и девочки — знают вкус водки, больше половины из них знакомы с состоянием опьянения. Поят детей обыкновенно старшие во время семейных торжеств, особенно свадеб (...не исключая и 7—8-летних)». «Дети пьют, не стесняясь ни родителей, ни посторонних во время воскресных гуляний, богомолений, храмовых праздников — пьют иногда допьяна наравне с гостями. И в пьянстве, и табакокурении родители порока и зла не находят и смотрят как на ненаказуемую шалость» (Вестн. трезвости, 1898, № 49, с. 27).

В 1900 г. Н. И. Григорьев провел также исследование среди городских школьников. С помощью учителей в четырех городских школах были опрошены учащиеся 8—13 лет. Оказалось, что из 182 учеников 164 были знакомы с алкогольными напитками и 150 — пили водку. Многие из них на момент обследования находились в состоянии опьянения и говорили, что любят выпивать, так как после этого улучшается настроение и в «голове шумит». По социальному происхождению опрошенные были дети мелких лавочников, артельщиков, швейцаров, дворников. Н. И. Григорьев отмечал также тот факт, что большинству детей первую рюмку преподнесли родители во время праздника или в гостях.

Наиболее масштабным и многоплановым было исследование характера алкоголизации и ее последствий среди крестьянских детей, проведенное А. М. Коровиным (1909). Он обследовал 22617 школьников в 358 сельских школах Московской губернии, из которых большинство земских, часть церковноприходских и одна фабрично-заводская. Анализ результатов показал высокую степень распространенности употребления алкогольных напитков среди детей. Из всех опрошенных мальчиков 67,5% употребляли спиртное, а из девочек — 46,2%. Пьющих часто или ежедневно среди мальчиков было 0,7%, а среди девочек 0,4%. С возрастом употребление алкоголя среди детей возрастало, но у девочек оно в 1,5 раза оставалось меньшим, чем у мальчиков.

А. М. Коровин подробно изучил также и характер алкоголизации детей: что они пьют, частоту опьянения, отношение детей к спиртным напиткам и др. Опираясь на убедительный статистический материал, он еще раз подтвердил, что первыми «алкогольными» воспитателями являются родители. Так, поят мальчиков родители в 68,3%, а девочек в 72,2% случаев.

Путем сопоставления групп пьющих и непьющих школьников А. М. Коровин показал отрицательное влияние алкоголя на физическое и умственное развитие детей, на их поведение. Автор приходит к следующим выводам: а) главными пропагандистами употребления спиртных напитков среди детей являются их родители; б) сельские школьники пьют в тех же случаях, что и взрослое население, — в праздники, торжества и т. п.; в) мальчики предпочитают крепкие спиртные напитки, девоч-

ки — более слабые; г) у «пьющих» школьников чаще, чем у «трезвых», отмечаются слабое телосложение, отставание в умственном развитии и дурное поведение.

Несмотря на некоторую разноплановость в оценках школьной успеваемости, рядом исследователей была наглядно проиллюстрирована ее взаимосвязь с характером, стилем алкоголизации учащихся (табл. 1): с учащением потребления спиртных напитков успеваемость падала.

Оценивая в целом дореволюционные работы, посвященные проблемам подростково-юношеской алкоголизации и алкоголизма, необходимо отметить следующее. При сравнительно небольшом количестве специальных работ была тем не менее изучена и показана достоверная картина массовой алкоголизации среди городских и сельских детей того времени, раскрыта роль родителей в приобщении детей к алкоголю, проиллюстрировано отрицательное влияние алкоголя на успеваемость, физическое и умственное развитие ребенка, вскрыты пороки системы образования, разработаны в общем виде пути антиалкогольного воспитания.

Раннее приобщение детей к употреблению спиртных напитков на рубеже XX столетия, конечно, прежде всего было связано с распространенностью алкогольных обычаев и различными культурными факторами. В то же время медицинская общественность еще не была готова глубоко и всесторонне обосновать недопустимость алкоголизации детей, более того, оставался дискуссионным вопрос о лекарственных свойствах этанола. По материалам Г. П. Горячкина (1896) врач являлся инициатором знакомства детей с алкоголем в 47,4% случаев. Примером непоследовательности врачей в вопросах употребления алкоголя детьми может служить мнение А. Комба (1904), который писал, что «алкоголь — драгоценное, очень полезное лекарство для детей, но вне этого условия он вреден им, он возбуждает, но не укрепляет, и его не должно давать детям, пока они не достигнут по крайней мере шестилетнего возраста; от 6 до 12 лет здоровый ребенок может пить немного разведенного водой вина, а от 12 до 18 лет треть стакана чистого вина».

Надо сказать, что вопрос о роли врача в приобщении несовершеннолетних к спиртному, об использовании алкоголя в качестве лечебного средства дискутировался и позже — вплоть до 20—30-х гг. Так, по данным Т. М. Богомоловой (1928) и А. И. Исхаковой (1929) врач в 6% случаев был инициатором знакомства детей с алкоголем, по данным И. Канкаровича (1930) — в 1,5%, по данным Михайлова (1930) — в 0,2%. По наблюдениям Б. Сигала (1929), в дни прекращения продажи спиртных напитков число рецептов в городских аптеках, выданных на спирт, увеличивалось в 10—15 раз.

Изучением мнения врачей о возможности использования алкоголя в качестве лечебного средства занимались Т. И. Вяземский (300 анкет) в 1911 г. и А. С. Шоломович (387 анкет) в

1927 г. Большинство анкет были заполнены профессорами, доцентами и врачами московских клиник. Из числа опрошенных 66% отнесли спиртные напитки к лечебным средствам, из них 15% считали умеренное употребление алкоголя безвредным для взрослых, но вредным для детей, 9% находили допустимым назначение детям вина как лечебного средства, 2% одобряли ежедневные умеренные выпивки как взрослых, так и детей. Лишь 34% врачей совершенно не признавали за алкоголем лечебных свойств (Шоломович, 1928). Сложившаяся ситуация не могла не отразиться на единстве и широте фронта противоалкогольной работы среди населения.

После Октябрьской революции изучение ранней алкоголизации началось в основном с 1926 г. по инициативе Государственного института социальной гигиены. В том же году Декретом СНК РСФСР от 25 сентября 1926 г. «О ближайших мероприятиях в области лечебно-предупредительной и культурно-просветительной работы по борьбе с алкоголизмом» в программы школ было введено антиалкогольное просвещение.

Обследования, проводившиеся с 1925 по 1932 г., охватили около 33 тысяч учащихся в городах Российской Федерации, Украины, Белоруссии. Наиболее обширные опросы были предприняты в Ленинграде (6641 человек), Казани (6598 человек), Николаеве (7802 человека), Харькове (4000 человек). Исследования проводились в основном методом анонимного анкетирования, за исключением работы Э. И. Дейчмана, использовавшего метод «замаскированного интервью», при котором дети не подозревали, что происходит обследование на предмет употребления алкоголя. Беседа приурочивалась к моменту общего медицинского осмотра и вопросы, касающиеся употребления спиртного, задавались в ряду других подобных, но индифферентных вопросов. Например, для выяснения вопроса о том, знаком ли ребенок со вкусом пива, задавалось множество отвлекающих вопросов: «Знаком ли со вкусом шоколада? Кофе?» и т. д. Из числа детей 8—11 лет, обследованных Э. И. Дейчманом (1927), признались в том, что им нравятся спиртные напитки, 75,3%; пивную посещали 26,4% школьников 8—9 лет. Отрицательное влияние употребления спиртных напитков на умственное развитие детей иллюстрирует отношение умственного возраста (по тесту Бинэ) к паспортному возрасту (IQ) для следующих трех групп школьников 8—11 лет, выделенных Э. И. Дейчманом: 1) не пробовавших спиртные напитки (IQ=73,3); 2) пьющих по воскресеньям (IQ=71,9); 3) пьющих ежедневно (IQ=67,1).

В. Липским и И. Тетельбаумом (1929) в одной из школ фабрично-заводского обучения были опрошены учащиеся в возрасте от 15 до 19 лет. Из всех пьющих до состояния сильного опьянения напивались 20,7% человек. В среднем на одного пьющего приходилась следующая доза в месяц: в возрасте от 14 до 17 лет — одна бутылка водки; в возрасте от 18 до

19 лет — две бутылки водки; для всех возрастов — 1,5 бутылки водки. Авторами было отмечено, что разовая доза алкоголя у 14—17-летних больше, чем у юношей старшего возраста. Этот факт показывает, что подростки чаще пьют в порядке подражания взрослым, проявляя при этом своеобразное «геройство», стремятся не отставать от старших. В более раннем возрасте (период детства) чаще выпивают дома, в 18—19 лет — у товарищей и на вечеринках.

На алкоголизации учащихся отражался и социальный статус их семей. По доле детей, знакомых со спиртными напитками, все семьи отчетливо разделялись на три группы: 1) служащих — 51,8% детей употребляли алкоголь; 2) рабочих — 41,9, крестьян — 41,8, кустарей — 41,6; 3) торговцев — 26,2, духовенства — 20,8%.

Ряд исследований 20—30-х гг. иллюстрирует противоречия между декларируемыми алкогольными установками членов семьи и сложившимися алкогольными обычаями, которых они придерживаются. Так, по материалам Михайлова (1930) в семьях поощряют выпивку детей 0,5% родителей, 71,6 — запрещают, 15 — пугают, 5,6% — бьют. Но вместе со столь явными антиалкогольными декларациями в семье могут уживаться и такие формы активного приобщения детей к алкогольным обычаям, как посылка их за покупкой спиртных напитков. По данным Э. И. Дейчмана (1927), посылают детей-школьников за пивом в 37,5% семей, за вином в 15,7%, за водкой в 7,9%.

А. И. Исхакова (1929) приводит данные о частоте употребления спиртных напитков родителями и детьми в различных ситуациях:

Пьют ежедневно	4,5%	родителей	0,7%	детей
по воскресеньям	7,3%		2,0%	
по праздникам	54,2%		25,0%	
в гостях	1,1%		0,5%	
редко	7,5%		4,8%	

Легко убедиться, что характер алкоголизации родителей во многом прямо копируется детьми ($r=0{,}994$; $p<0{,}01$). И. Канкарович (1930) указывает, что алкоголизм родителей не менее чем в половине случаев сопровождается алкоголизмом их детей. В. Липский и И. Тетельбаум (1929) менее категоричны: «Потребляющие спиртные напитки семьи встречаются несколько чаще среди пьющих подростков — 73,4%, чем среди непьющих — 67,3%. Разница, однако, настолько невелика, что отнести воздержание от алкоголя непьющих целиком за счет семейного влияния нельзя».

Таким образом, в исследованиях 20—30-х гг. дана в основном картина существовавшей в то время алкоголизации детей и подростков с особым акцентом на влияние семьи, родителей в приобщении детей к спиртному.

Современный период изучения ранней алкоголизации отмечен многочисленными попытками более глубоко раскрыть причины злоупотребления спиртными напитками.

Влияние половых различий и уровня самооценки на установки школьников в отношении алкоголя изучалось Blane, Hill, Brown (1968). Было обнаружено, что мальчики менее негативно, чем девочки, относятся как к умеренному потреблению, так и к злоупотреблению алкоголем. В абсолютных баллах как мальчики, так и девочки имеют больше благоприятных, чем неблагоприятных установок в отношении умеренного использования спиртных напитков; в отношении злоупотребления пропорция обратная. Jagoda, Grammond (1973) выяснили, что 70% шестилетних детей не намерены употреблять спиртные напитки, но 41% детей 10 лет утверждают, что будут выпивать в будущем. Изучая отношение к алкоголю учащихся средних школ Торонто, Fejer, Smart (1973) установили, что осведомленность и терпимое отношение к употреблению алкоголя увеличивались от класса к классу, но это отношение было менее терпимым у учащихся с более высокими академическими знаниями. Wechsler, Thum (1973) пришли к выводу, что увеличение алкоголизации подростков связано с отчуждением от родителей, делинквентным поведением и самоидентификацией с юношеской культурой.

Выясняя формы запрещенного употребления алкоголя среди учащихся средних классов школы, Milman, Wen-Huey-Su (1973) обнаружили, что использование алкоголя коррелировало с принадлежностью пьющих к мужскому полу, зрелым возрастом, протестантской религией, слабыми школьными успехами, отсутствием интереса к высшему образованию, высокой частотой алкоголизации друзей по классу, сексуальной активностью, депрессией, психопатизацией, делинквентностью.

По данным Kane, Patterson (1972), 41% учащихся (средний возраст 15,5 лет) считали необходимым ограничить употребление алкоголя взрослыми, 21% выступали за то, чтобы подросткам разрешали пить так же, как и взрослым, и 8% считали вообще неразумными любые ограничения. Установки школьников в отношении алкоголиков чаще были снисходительными (34%), противоречивыми (29%), индифферентными (9%) и у 28% еще не сформировавшимися.

Сравнивая влияние сверстников, алкогольных обычаев, семьи и пола подростков на потребление ими спиртных напитков, Forslund, Gustafson (1970) выяснили, что алкогольное поведение матери оказывает существенное воздействие на алкоголизацию прежде всего дочерей. Алкогольное поведение отца обусловливает таковое его дочери и имеет наибольшее влияние на алкоголизацию сыновей. Влияние сверстников было существенно взаимосвязано с тем, будет или не будет пить подросток в отсутствие родительского контроля. Wüthrich (1974) выделяет несколько типов соотношения между алкогольной

культурой микросоциальной среды и установками индивида в отношении алкоголизации: 1) «абстинентной культуре» соответствует установка на полное воздержание; 2) «амбивалентной культуре» — двусмысленная и противоречивая алкогольная установка; 3) «либеральной культуре» соответствует «допускающая» установка, однако запрещающая откровенное пьянство; 4) «патологической культуре» — алкогольная установка, допускающая любые проявления пьянства. Автор видит причины пьянства в особенностях процесса социализации, деформировавших культурные нормы поведения, в том числе и потребления алкоголя.

Анализируя в целом современные зарубежные исследования по проблеме алкоголизации молодежи, можно отметить ряд характерных особенностей. Многие полученные в этих работах данные, с одной стороны, позволяют выявить динамику алкоголизации, оценить эффективность проводившихся мероприятий по борьбе с употреблением алкоголя детьми и подростками. Изучение причин алкоголизации зарубежные исследователи сосредоточили в основном на анализе влияния микросоциальной среды — родителей (матери и отца), друзей, товарищей — и изучении влияния традиций, обычаев. С другой стороны, психиатры и психологи зарубежных стран часто пытаются объяснить развитие алкоголизма в молодом возрасте преимущественно внутренними причинами (наследственность, особенности преморбидной личности). В защиту своих взглядов ими выдвигаются многочисленные теории происхождения алкоголизма: генетотрофическая, аллергическая, эндокринопатическая, психоаналитическая и другие, которые причину алкоголизма относят к различным биологическим сдвигам в организме или к подсознательным стремлениям человека («потребность саморазрушения», оральная фиксация, латентный гомосексуализм). Социальный подход к алкоголизму как общественному пороку по существу подменяется новейшими вариантами фрейдизма, социальной экологии и т. п. Попытки некоторых западных ученых дать объективный анализ алкоголизма как социального явления не идут дальше реформаторских предложений. Чаще всего они не раскрывают социальной обусловленности алкоголизма, его зависимости от общественных отношений.

После Великой Отечественной войны первые работы, связанные с изучением алкоголизации среди детей и подростков, начали появляться у нас в стране с 60-х гг. В основном это клинические исследования, в которых либо представлены разборы отдельных казуистических случаев алкоголизма у детей и подростков, либо описываются особенности течения, формирования и проявления алкоголизма в детском и подростковом возрасте. Наряду с описанием клиники встречается также анализ отдельных факторов, способствующих развитию злоупотребления алкоголем в раннем возрасте. Однако при этом исследуются в основном не социальные факторы, а факторы биологическо-

го, значительно реже психологического характера: наследственность, особенности преморбидной личности у данного контингента детей и подростков и т. д. Пытаясь восполнить пробел в изучении социально-психологических аспектов алкоголизации подростков, мы предприняли попытку выявить особенности употребления спиртных напитков школьниками трех различных по величине городов: Инты, Архангельска и Ленинграда. Всего было опрошено около 10 000 учащихся 3—10-х классов.

Поскольку среди несовершеннолетних распространено потребление преимущественно некрепких спиртных напитков, то мы попытались выяснить, в какой степени они используют, в частности, пиво (табл. 2). Как видно из иллюстрации, мальчики всех возрастов достоверно чаще употребляли пиво. В 9—10 лет половина мальчиков и треть девочек уже знали вкус этого спиртного напитка, поэтому младший школьный возраст, по-видимому, нельзя считать исходным в изучении процесса формирования отношения детей к потреблению алкогольных напитков.

Анализ употребления пива школьниками трех городов обнаруживает одну существенную деталь. Во всех трех возрастных группах среди мальчиков лидировали представители Инты, а среди девочек — Ленинграда. Школьницы крупного города больше «эмансипированы» в вопросах алкоголизации, чем их сверстницы из менее урбанизированных регионов.

Важным звеном в развитии алкоголизации школьников является приобщение их к алкогольным обычаям семьи и употребление спиртных напитков в группе сверстников (рис. 1, 2). Как видно из иллюстраций, во всех трех городах школьники примерно в равной степени начинают с возрастом приобщаться к алкоголизации в компании друзей. В отношении употребления спиртных напитков в семье картина противоположная. И у мальчиков, и у девочек наглядно прослеживается прямая зависимость частоты алкоголизации в семье от «уровня урбанизации» (с максимальными показателями во всех возрастных группах по Ленинграду).

Корреляционный анализ полученных данных обнаружил, что частота установок на употребление алкогольных напитков в будущем имеет статистически достоверную зависимость от факта употребления детьми спиртных напитков в семье ($r=+0{,}99$; $p<0{,}05$) и в компании друзей ($r=+0{,}99$; $p<0{,}05$). Школьники, которым разрешали употреблять спиртные напитки со взрослыми по праздникам, в 9 раз чаще, чем их сверстники, которым родители запрещали это делать, уже «выпивали» в компании друзей.

Приобщение школьников к алкогольным обычаям микросоциальной среды обнаруживалось и в оценках учащимися состояния опьянения окружающих (табл. 3). Из таблицы видно, что учащиеся, употребляющие спиртные напитки со взрослыми в семье по праздникам и с друзьями, чаще оценивали пьян-

ство как нормальное явление, меньше его осуждали или вообще затруднялись его квалифицировать.

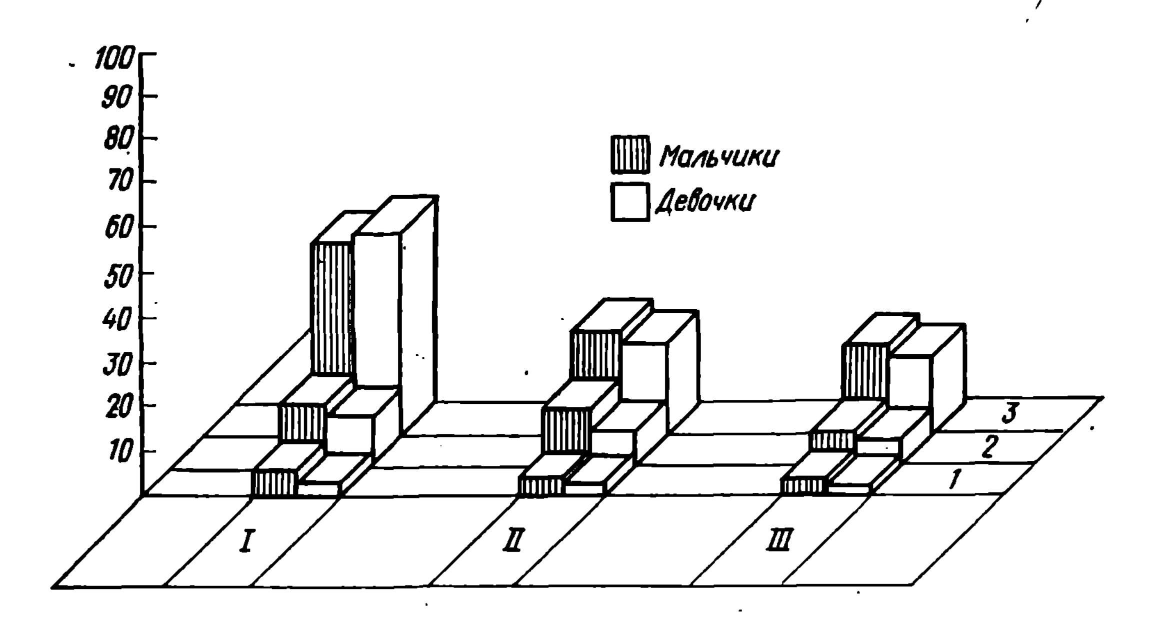


Рис. 1. Частота употребления школьниками спиртных напитков в семье (на 100 обследованных):

I — Ленинград, II — Архангельск, III — Инта; 1 — 11—13 лет, 2 — 14—15 лет, 3 — 16—17 лет

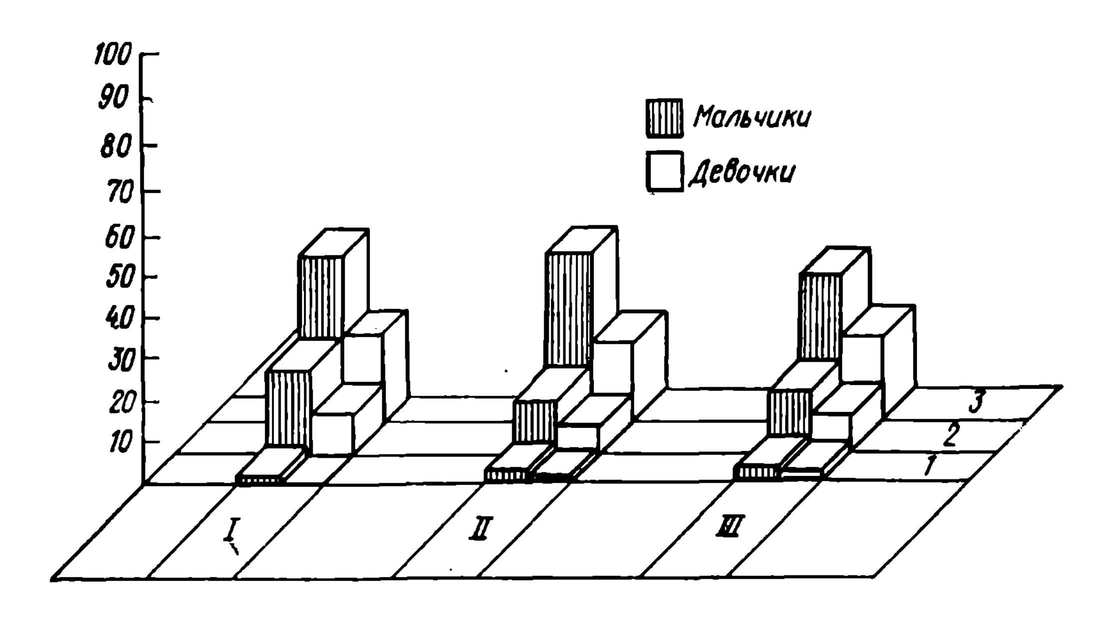


Рис. 2. Частота употребления школьниками спиртных напитков в компании друзей (на 100 обследованных):

I — Ленинград, II — Архангельск, III — Инта; 1 — 11—13 лет, 2 — 14—15 лет, 3 — 16—17 лет

Более дифференцированное представление о формировании взглядов детей на алкоголь можно получить, рассматривая зависимость оценок учащимися пьянства от принятых в семье поводов употребления спиртных напитков (табл. 4).

Тот факт, что дети из семей, соблюдающих «сухой закон», по отношению к детям из семей, не соблюдающих его, менее осуждали пьянство ($t=3,4$) и чаще встречали затруднения в его квалификации ($t=3,8$), возможно, объясняется отсутствием в их семьях «алкогольной практики». Наибольшая частота квалификации пьянства как нормального явления встречалась в семьях с преимущественным употреблением спиртных напитков по выходным дням, что, возможно, являлось следствием свое-

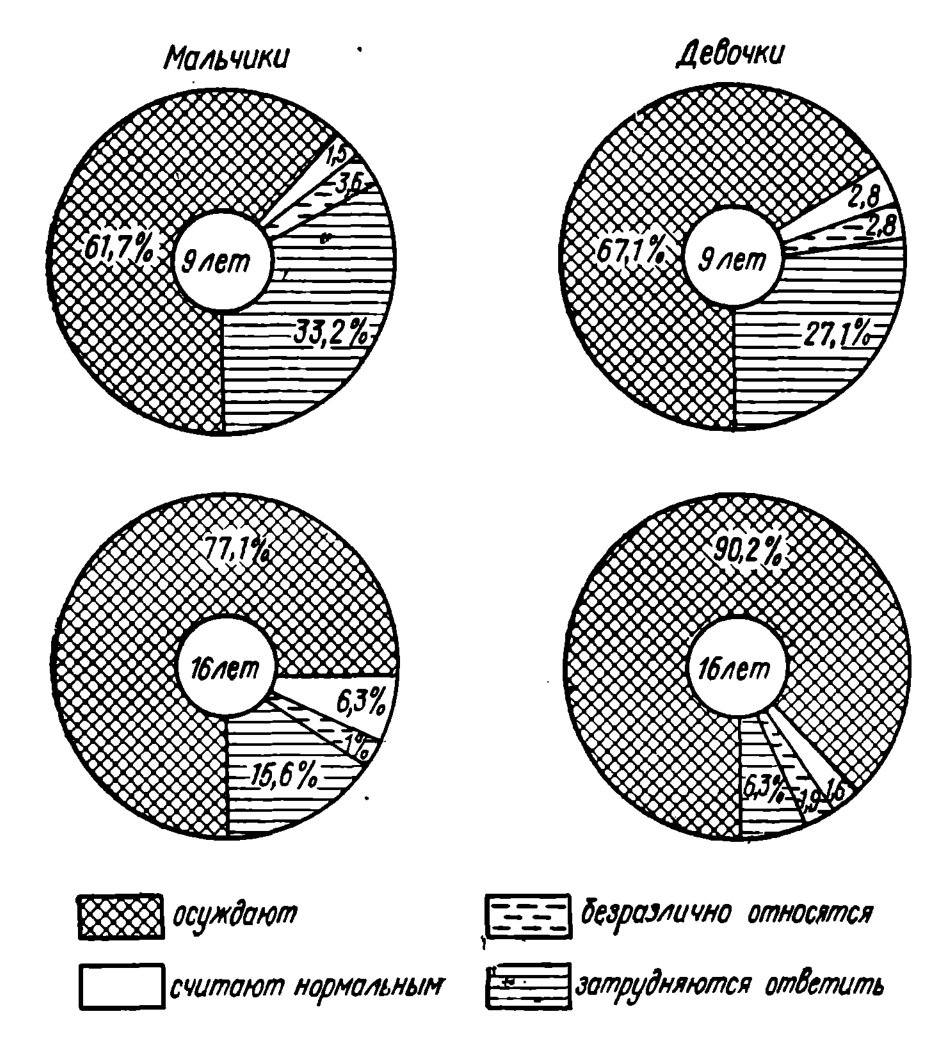


Рис. 3. Отношение школьников к пьянству в зависимости от возраста (в %)

образной адаптации детей к семейным выпивкам, еще не достигшим уровня асоциальности, как в семьях с ежедневным потреблением, где этот показатель наименьший ($t=2,1$). Дети из семей с ежедневным употреблением спиртных напитков, так же, как и дети из семей, соблюдающих «сухой закон», имели равные показатели безразличного отношения к проблеме пьянства ($t=1,3$).

С возрастом изменялись оценки учащимися состояния опьянения окружающих (рис. 3). Частота случаев квалификации пьянства как нормального явления имела у мальчиков прямую

корреляцию с увеличением возраста ($r=+0,99$; $p<0,01$). Юноши в 16 лет с меньшим осуждением, чем девушки, относились к пьянству окружающих ($t=4,3$). В наибольшей степени затруднялись однозначно выразить свое отношение к пьянству дети 9 лет (в равной мере девочки и мальчики). Но начиная с 13 лет девочки определеннее мальчиков выражали свое отношение к пьянству окружающих: у них число неопределенных ответов было примерно в два раза меньше ($t=3,6$). Надо заметить, что девочки вообще более однозначно высказывались по всем предложенным вопросам, чем мальчики.

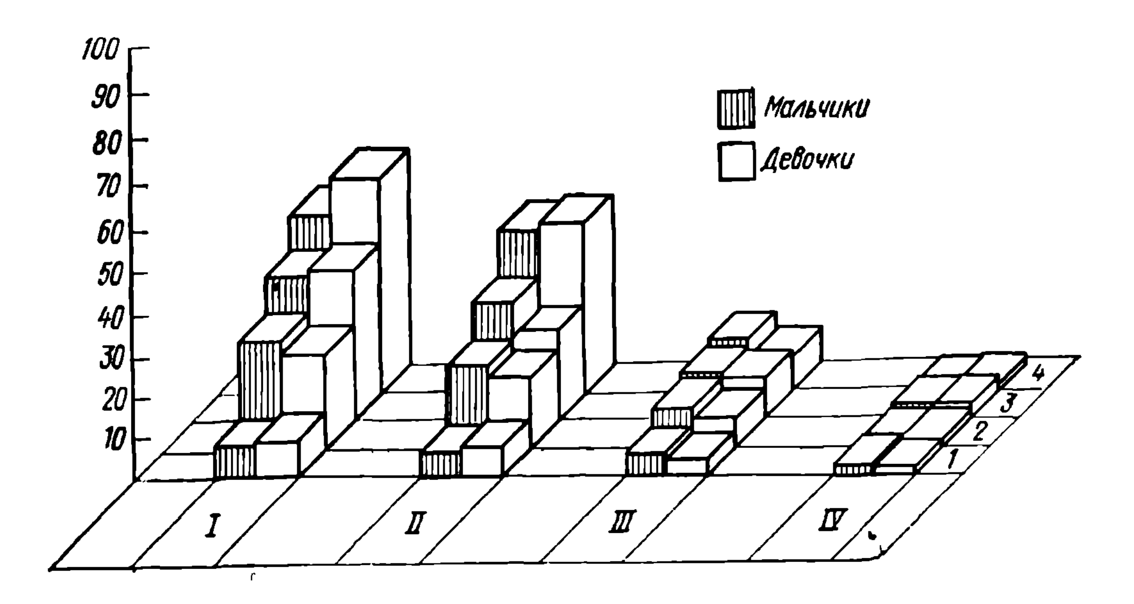


Рис. 4. Терпимое отношение учащихся к употреблению спиртных напитков (на 100 обследованных):

I — по праздникам, II — при встрече с друзьями, III — в выходные дни, IV — каждый день; 1 — 9—10 лет, 2 — 11—13 лет, 3 — 14—15 лет, 4 — 16—17 лет

На фоне рассмотренных общих оценок алкоголизации учащимися представляет интерес вопрос о том, в каких ситуациях, в каких пределах они считают допустимым собственное употребление спиртных напитков (рис. 4). Из иллюстрации видно, что число девочек 16—17 лет, положительно оценивающих употребление алкогольных напитков по праздникам, превосходило соответствующие показатели у мальчиков, их сверстников ($t=2,3$). Число случаев положительного отношения к возможности употребления спиртных напитков по праздникам и при встрече с друзьями обнаруживало прямую связь с возрастом и у мальчиков ($r_1=+0,98$, $p<0,05$; $r_2=+0,99$, $p<0,01$), и у девочек ($r_1=+0,99$, $p<0,01$; $r_2=+0,96$, $p<0,05$). Кроме того, у мальчиков такое положение распространялось и на ситуацию употребления спиртных напитков в выходные дни ($r=+0,95$, $p<0,05$). Негативное отношение к ежедневному употреблению спиртных напитков увеличивалось с возрастом у мальчиков ($r=+0,99$; $p<0,01$) и у девочек ($r=+0,98$; $p<0,05$).

Таким образом, алкогольные обычаи микросреды во многом определяют алкогольные установки детей, их оценки пьянства окружающих, отношение к возможности собственной алкоголизации и ее динамику. Они являются первым и наиболее важным звеном в развитии алкоголизации у подростков, основой «социальной толерантности» к пьянству.

Анализ результатов исследований алкоголизации молодежи показывает, что уровень потребления спиртного выше в среде подростков, состоящих на учете в милиции, имеющих аномалии характера, и детей из семей алкоголиков. Факт знакомства детей со спиртными напитками, конечно, не может быть критерием оценки степени алкоголизации. Гораздо продуктивнее оценивать стиль алкоголизации — совокупность алкогольных установок индивида, определяющих соответствующую форму потребления спиртного и опьянения. Задачей дальнейших социально-психологических исследований будет разработка системы методов вероятностного прогнозирования алкоголизации для тех или иных типов подростков группы риска.

2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ХАРАКТЕРА РАННЕЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Алкоголизация подрастающего поколения большинством исследователей рассматривается как существенный индикатор неблагополучия микросоциальной среды. Этим и определяется постоянный интерес к изучению проблемы распространенности и характера ранней алкоголизации.

К ранней алкоголизации относится знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет. О раннем (подростковом) алкоголизме следует говорить при появлении его первых признаков в возрасте до 18 лет. При анализе алкоголизации несовершеннолетних мы исходили из важного в методологическом плане положения о том, что употребление спиртных напитков подростками необходимо рассматривать как одну из форм нарушения поведения (Личко, 1977). Это требует более широкого и глубокого подхода к рассматриваемой проблеме, не ограничивающегося рамками социальной и клинической наркологии.

Особенности алкоголизации подростков, о чем мы писали выше, во многом предопределяются уже на этапе знакомства со спиртными напитками. В зависимости от того, кто, когда и в каких условиях впервые предложил подростку выпить, формируются «нормы» потребления. Основные каналы приобщения детей к спиртным напиткам отражены в табл. 5.

Как видно из таблицы, все исследователи отмечают, что чаще всего знакомство детей со спиртными напитками происходит в кругу семьи. Чем моложе возраст начала алкоголизации, тем бóльшую роль играет семья. Причем первая проба алкоголя чаще происходит дома у девочек, чем у мальчиков (Ull-

mann, 1957; Margules et al., 1977; и др.). С возрастом все большее значение в приобщении к алкоголю имеют сверстники, друзья, товарищи (Kulisiwicz, 1974; Jarema, 1976; и др.).

В таблице 6 приводится качественный состав спиртных напитков, употребляемых молодежью. Как видно из таблицы, мальчики чаще девочек употребляют основные виды спиртных напитков, причем с возрастанием их крепости эта разница становится существенной. Среди городских школьников распространено потребление преимущественно слабых алкогольных напитков — пива, вина, учащиеся же сельских школ более знакомы со вкусом крепких спиртных напитков. В 20—30-е гг. можно было встретить достаточно широкое употребление школьниками самогона: в 1,0 — 32,0% у мальчиков и 0,9 — 12% у девочек. С возрастом увеличивалась частота употребления водки.

Практически во всех социально-гигиенических и клинико-социальных исследованиях алкоголизации молодежи использовался метод опроса в различных модификациях — от заочной анкеты до интервью по телефону и клинического интервью.

Наиболее трудносопоставимы между собой данные о распространенности и частоте употребления алкогольных напитков среди молодежи, так как авторы не только различных стран, но даже одной и той же страны в один и тот же исторический период использовали качественно отличные друг от друга методы выявления употребляющих и не употребляющих алкоголь, различные классификации по возрасту и т. д.

Одни исследователи подразделяют подростков на основании употребления алкоголя в течение последнего года (Blackford, 1974, США), другие на основании употребления алкоголя хотя бы раз за прошедшие 6 месяцев (Fejer, Smart, 1974, Канада), третьи — на основании одноразового пьянства (Zaczkiewicz, 1974, ПНР; Jasinsky, 1974, ФРГ), четвертые — в зависимости от употребляемого напитка (Demon, Wexler, 1976, США), пятые учитывают только группу регулярно употребляющих спиртное (Malhorta,1976, ФРГ) и т. д.

По возрастным группам в литературе можно встретить данные об употреблении алкоголя детьми от первых месяцев жизни (Brunon, 1899) до молодых людей 20—25 лет (Никольский, 1910).

Трудносопоставимы данные распространенности и частоты алкоголизации различных по характеру групп молодежи: городских школьников (Плотников, 1890; Матвеева, 1900; Дейчман, 1927; Канкарович, 1930; Скворцова, 1978; Barnes, 1974; и др.), сельских школьников (Коровин, 1910; Китайская, 1925; Виш, 1932; и др.), молодых рабочих (Чучелов, 1927; Вольфсон, 1929; Розенблюм, 1929; и др.), студентов университетов, вузов, колледжей (Малыгин, 1907; Никольский, 1910; Block, 1970; и др.), учащихся ФЗУ (Сигал, 1928; и др.), городских и сельских профшкол (Вайнштейн, 1929), несовершеннолетних правонару-

шителей (Озерецкий, 1927; Ребане, 1972; и др.), трудных подростков (Гиндикин, 1968), «пролетарских детей» (Рюлэ, 1923) и т. д.

По мнению некоторых западных ученых, имеет свои особенности алкоголизация различных этнических групп молодежи: негров (Vitols, 1968), индейцев (Swanson et al., 1971), евреев (Shoham et al., 1974).

Критерием начала алкоголизации служила различная глубина опьянения. Так, М. Плотников (1890) учитывал тех, которые «пробовали и бывали пьяны», А. М. Коровин (1910) — «напивавшихся», Б. С. Сигал (1928) — «напивавшихся допьяна», Е. С. Скворцова (1978) — «знакомых со вкусом алкоголя» и т. д.

Наибольшей разноплановостью отличаются данные по систематизации частоты потребления алкоголя различными контингентами молодежи. Выделяют пьющих «систематически» (Горячкин, 1894; Scala, 1957; и др.) и «систематически по разным поводам» (Айдарова, 1928), «почти ежедневно» (Григорьев, 1900), «регулярно» (Wilker, 1909; Schröder, 1976; и др.), «регулярно по праздникам» (Богомолова, 1928), «часто и регулярно» (Шишков, Пенева, 1975), «часто» (Гиндикин, 1968; Mader, 1972), «редко» (Исхакова, 1929), «изредка» (Секей, 1972), «иногда» (Hecker, 1912), «периодически» (Китайская, 1925), «как придется» (Сигал, 1928), «случайно» (Михайлов, 1930; Herber, 1971), «неоднократно» (Попова, 1928), «перед едой» (Tomaszewska, 1948), «в свободное время» (Schröder, 1976) и т. д.

Вследствие такого разнопланового подхода к оценке частоты и распространенности алкоголизации подростков существенно затруднено обобщение данных. Можно, однако, констатировать более раннюю и широкую алкоголизацию детей в XIX в., что во многом являлось следствием менее критичного отношения к ней взрослых. За последние сто лет изменяется стиль и язык исследований — от преимущественно публицистической драматизации вопросов детского пьянства к попыткам глубокого научного анализа. В работах последних десятилетий все строже систематизируются получаемые показатели, растет репрезентативность выборок, формируется сравнительный подход к оценке алкоголизации различных возрастных групп (табл. 7).

О росте употребления алкогольных напитков подростками и молодежью в последние десятилетия красноречиво свидетельствуют многолетние панельные и сравнительные исследования, проведенные в США, Канаде, ФРГ и других странах. Например, данные панельного исследования в штате Калифорния (США) за 7 лет показали значительное увеличение употребления алкоголя учащимися (Blackford, 1974). Процент учеников, употреблявших алкоголь в течение последнего года, составил следующий динамический ряд: 1968 — 65%, 1969—73, 1970 — 74, 1971 — 77, 1972 — 81, 1973 — 85, 1974 — 86%.

Fejer, Smart (1974) при панельном обследовании учащихся с 1968 по 1974 г. в Торонто (Канада) установили увеличение числа школьников, употребляющих алкогольные напитки, с 46% в 1968 г. до 73% в 1974 г.

С 1967 по 1974 г. Schröder (1976) провел опрос 1004 подростков относительно потребления ими алкоголя. Среди подростков 16—18 лет, происходящих из семей, где старшие потребляли алкоголь, 94% регулярно пили алкогольные напитки, остальные 6% имели к нему отчетливую склонность; соответствующие данные для девушек были 68 и 32%. Важным отрицательным фактором была безнадзорность детей. Среди подростков 16—18 лет, чьи родители не находили времени для общения с ними, 65% юношей и 62% девушек регулярно принимали алкоголь. Автор обращает внимание на то, что родители часто не подозревали о том, что их дети злоупотребляли спиртными напитками. Относительно регулярного потребления алкоголя детьми вне праздников многие родители не были информированы (в 58% случаев для возраста 10—14 лет, в 35% случаев для возраста 14—16 лет, в 11% случаев для возраста 16—18 лет).

Все исследователи отмечают, что распространенность употребления алкоголя среди мальчиков (юношей) больше, чем среди девочек (девушек). Но эта разница сокращается, что особенно подчеркивают американские исследователи. Так, Harford (1976), анализируя исследования, проведенные в своей стране за последние 13 лет, пришел к заключению, что число пьющих (по меньшей мере один раз в неделю) возросло среди девушек с 39% в 1969 г. до 67% в 1973 г. Demone, Wexler (1976) при сравнительном изучении результатов исследований указывали, что пиво в 1956 г. употребляли 56% девушек, а в 1976 уже 79%, тогда как у юношей употребление пива повысилось с 77 до 86%. В 1965 г. 63% юношей пробовали виски, в 1974 г. — 73%, а у девушек соответственно алкоголизация возросла с 51 до 76%.

Таким образом, темп роста употребления алкогольных напитков среди девочек (девушек) идет быстрее, чем у мальчиков (юношей). Девушки, как свидетельствуют исследования зарубежных авторов, по всем показателям употребления (дозе, частоте, крепости напитков и т. д.) догоняют юношей.

Переходя от рассмотрения ранней алкоголизации (преимущественно эпизодического потребления) к анализу алкоголизма, необходимо остановиться на промежуточном звене — злоупотреблении спиртными напитками. Большинство исследователей, выделяя группу злоупотребляющих алкоголем, учитывает в основном такие параметры, как чрезмерная частота, количество, и проблемы, возникающие у молодежи в связи с частым употреблением алкоголя. Особенно большое значение придают последнему факту в американской литературе (Zucker, 1966; Fillmore, 1974; Barnes, 1975; Demone, Wexler, 1976; и др.).

Несмотря на разноплановость критериев выявления злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте, данные различных авторов все-таки позволяют судить о том, что их число достаточно велико (табл. 8).

Анализ материалов, приведенных в таблице, свидетельствует, что за последние 100 лет независимо от уровня употребления и злоупотребления спиртными напитками показатели распространения собственно алкоголизма у молодежи сохраняются на достаточно стабильном уровне, не превышающем 5% больных до 20 лет и 8—10% больных до 25 лет (от общего числа взятых на учет). Этот факт имеет принципиальное значение, так как свидетельствует о динамике возникновения и развития ранних форм алкоголизма в целостной структуре алкогольной заболеваемости.

Многие исследователи констатируют тенденцию к увеличению потребления алкогольных напитков и росту заболеваемости хроническим алкоголизмом в последние десятилетия.

Neubert (1962) в своей монографии «Юноши и алкоголь» указывает, что только с 1952 по 1957 г. число молодых алкоголиков в Федеративной Республике Германии выросло на 25% и превышает 100 000. Schmorl (1962) отмечает, что за последние четверть века юношеский алкоголизм очень распространился и приобрел иные формы, чем в первой четверти столетия. В то время напивались студенты, чтобы показать свою «академическую зрелость», а ученики гимназии потребляли алкоголь тайно, наслаждаясь «запретным плодом». В настоящее время алкоголизм уже проник в среду 16-летних, что раньше наблюдалось редко. Причиной этого названные авторы считают то, что юноши и девушки одинаково со взрослыми получают высокую зарплату, которую в большинстве случаев не умеют правильно расходовать из-за отсутствия житейского опыта. Основная же причина роста алкоголизма, по мнению авторов, кроется в недостатках воспитания.

По мнению австрийских специалистов, выступавших на психиатрическом симпозиуме в Ландеке (1974), все большее число подростков и юношей, страдающих различными формами наркоманий, переходят к злоупотреблению алкоголем. В настоящее время эта тенденция отмечается во всех развитых капиталистических странах. Сравнительное исследование (Jasinsky, 1974) показало особенно большое увеличение сильно пьющих в возрасте до 15 лет — с 0,3 до 2,1%, т. е. более чем в 7 раз (сильно пьющими автор называет подростков, которые в последние 2 месяца напивались более 5 раз).

Gostynski, Marcinkowski, Daboa (1975) подвергли социологическому анализу 1888 случаев поступлений в вытрезвитель молодежи в Познани и 3119 — в Щецине за период с 1969 по 1974 г. Удельный вес молодых людей в общем числе поступлений оказался почти одинаковым (41% в Познани и 47% в Щецине). Авторами также отмечена выраженная тенденция к уве-

личению числа злоупотребляющих алкогольными напитками среди молодежи. Schröder (1976) прослеживает тенденцию к регулярному потреблению алкоголя в свободное время юношами в возрасте 16—18 лет. В 1967 и 1968 гг. положительный ответ на вопрос о регулярном потреблении алкоголя дали 4% опрошенных юношей указанного возраста, в 1969 г. — 5%, в 1970 г. — 7, в 1971 г. — 12, в 1972 г. — 22, в 1973 г. — 39 и в 1974 г. — 51%.

По данным Keyserlingk (1963), вероятность того, что молодой человек станет алкоголиком, в европейских странах равна 1 : 30, а в США — 1 : 10. Zucker (1966), суммируя исследования пьянства подростков, заключил, что среди подростков, которые имели алкогольный опыт, до 90—95% пьют таким образом, что потребление алкогольных напитков не представляет для них «проблемы». Для других (5—10%) потребление алкоголя — отчетливая «проблема». Известные исследователи и инициаторы противоалкогольного движения в Болгарии Б. Братанов и Д. Братанов (1973) утверждают, что угроза алкоголизации молодого поколения в условиях современной индустриализации и урбанизации становится все более реальной. Harford (1976) отмечает, что у 28% обследованных им юношей увлечение спиртными напитками может перейти в будущем в алкоголизм.

Зарубежные социологи и психологи в качестве основных причин тяги молодежи к алкоголю указывают на растущее психологическое напряжение, неумение правильно использовать свободное время, отчуждение, неустроенную жизнь и несостоятельность семьи в вопросах воспитания. Неблагополучие в семье и столкновение с действительностью, мода или конфликт с общественными нормами — таковы причины роста алкоголизации и алкоголизма среди молодежи на Западе.

ГЛАВА II

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Приведенные выше данные базируются в основном на материалах широких обследований. Между тем для понимания природы раннего алкоголизма, для его глубокого пси-ологического и клинического анализа необходимо представить ебе, какова индивидуальная феноменология этого явления, ка-овы реальные истории жизни подростков и юношей, заболев-их алкоголизмом.

За десятилетний период (с 1974 по 1983 г.) нами обследо-ано более 1000 подростков и юношей 14—18 лет, злоупотреб-яющих спиртными напитками, из них более 300 человек обна-уживали клинические признаки алкоголизма.

В качестве иллюстрации феноменологии развития алкого-изма приведем три достаточно характерных клинических на-людения.

НАБЛЮДЕНИЕ 1. Г-Н Н., 17 ЛЕТ.

Анамнез. Родился третьим ребенком из четырех детей в семье слесаря. тец — неоднократно лечившийся хронический алкоголик, умер в 1968 г. от равления суррогатом. По характеру был вспыльчивый, жестокий, крайне эго-тичный человек, терроризировавший всю семью. Неоднократно при детях бивал мать, требуя денег на выпивку. Мать — тихая, спокойная, трудолю-вая женщина, «уставшая от пьянства мужа». Через год после смерти му-а вторично вышла замуж. Отчим — непьющий, уравновешенный, внима-льный к жене и приемным детям человек.

В момент зачатия отец был «как обычно пьян». Беременность у матери отекала с токсикозом первой половины (рвота, гипертензия). Роды нор-льные, в срок. Вес при рождении — 3600 г. Ходить начал с 1,5 лет, гово-ть с трех лет. В раннем детстве был очень болезненным, по словам мате-, «первые три года не выходил из больниц». Перенес все детские инфек-ии, в 6 лет дизентерию, в 5 и 7 лет тяжелые травмы головы с потерей со-ания, после второй — 1,5 месяца лежал в больнице. С тех пор беспокоят ловные боли, усиливающиеся с переменой погоды. С детства отмечаются оговорение, частые кошмарные сновидения, нарушения ритма сна, ночной урез до 14 лет (эпизодически — до сих пор).

По характеру был веселым, активным, послушным ребенком, предпочитал одвижные игры и бо́льшую часть времени проводил на улице со старшими ебятами. Отца боялся, спасаясь на улице от регулярных семейных сканда-ов.

В школу пошел с 7 лет, дублировал 3-й класс. С трудом успевал на трой-и. С первых же классов в связи с трудностями усвоения нового материала опал интерес к учебе, любимых предметов, кроме труда, не было. На уро-ах очень уставал — болела голова, засыпал на занятиях, дома спал после учебы, нередко были носовые кровотечения. В школе начались конфликты с

учителями, к занятиям почти не готовился. Большую часть свободного времени начал проводить в компании дворовых ребят старше себя по возрасту, среди которых были и ранее судимые, и состоящие на учете в милиции, и попадавшие в медицинский вытрезвитель. Книг, газет, журналов почти не читал. Курить начал с 7 лет.

Первое значимое опьянение в 14 лет 4 месяца (декабрь 1973 г.). Хорошо помнит, что пили в компании друзей красное вино и водку, сначала было «интересно», но потом началась сильная рвота, «очнулся дома» на следующее утро с сильной головной болью, слабостью, потливостью и сердцебиением. Изначальная толерантность — 100 г водки. До мая 1974 г. употреблял спиртные напитки по праздникам, дням рождения, перед танцами. В среднем пил один раз в месяц.

С трудом окончил 8 классов. Учиться дальше не собирался. Определенности в вопросах профессиональной ориентации также не было. Летом, предоставленный сам себе, все время проводил с «друзьями», которые, судя по описанию, были сформировавшимися алкоголиками. Подражая им, пил, как все, «до отруба». Такую форму пьянства считал вполне обычной и общепринятой. Опьянение создавало хорошее настроение, веселье. С 14 лет начались, преимущественно в состоянии опьянения, беспорядочные половые связи, как правило, с женщинами намного старше его. Алкоголизация и половая распущенность воспринимались как признак взрослости, становились своеобразным полем самоутверждения. С мая 1974 г. алкоголизация несистематическая частая (2—3 раза в месяц), а уже через два месяца пьянство приобретает регулярный характер. Систематические передозировки привели к изначальному подавлению количественного контроля, который так и не сформировался. Стыдился и болезненно воспринимал защитный рвотный рефлекс. Старался сам, «сунув два пальца в рот, облегчить живот», чтобы пить дальше. При таком стиле алкоголизации было очень трудно рельефно выделить динамику возрастания толерантности. К 16 годам для опьянения требовалось 200—300 г водки. К этому времени утрачиваются защитный рвотный рефлекс и чувство отвращения к алкоголю при передозировках. В 15 лет первый раз попал в медицинский вытрезвитель. В октябре 1975 г. устроился работать подсобным рабочим на судоремонтный завод. Зарабатывал 100 руб. в месяц, из них 80 уходило на спиртные напитки. Пил почти ежедневно, быстро находя себе подобных собутыльников. Работа воспринималась только как источник средств для приобретения спиртных напитков.

В этот период отчетливо ощутил тягу к спиртному. Стоило значительных усилий «дотерпеть» до конца рабочего дня и не пить. Но, быстро освоившись с обстановкой, вскоре, по его словам, в обед уже «пил на троих, а к вечеру за троих». Влечение быстро приобретало характер все вытесняющего, постоянного стремления, которое в опьянении приобретало черты компульсивности. С июня 1974 г. иногда стал «добавлять одеколоном», когда магазины закрывались, а «организм требовал» спиртного. К 17 годам толерантность достигла 700 г водки, превысив изначальную в семь раз. Если в 14—15 лет амнезии возникали от максимальных доз, являясь следствием нарушения сознания при сопорозном опьянении, то в 17 лет они становятся постоянным атрибутом алкоголизации. Все чаще в опьянении появляются крайняя раздражительность и несдержанность, импульсивность и агрессивность, ведущие к криминогенному поведению (не раз избивал мать), снижается и укорачивается веселящее действие алкоголя, а иногда в опьянении настроение понижается вплоть до возникновения суицидальных мыслей, щемящей тоски и отчаянной жалости к себе. Нарастала астенизация. Постоянно преследовало ощущение слабости и вялости, быстро истощалось внимание, стал забывчивым и эмоционально-лабильным, слезы легко сменялись гневными вспышками, быстро утомлялся физически на работе. Фон настроения был преимущественно понижен и неустойчив. Прием даже небольших доз алкоголя быстро снимал все неприятные ощущения, создавая возможный теперь только в опьянении психический и физический комфорт.

Еще на начальных этапах алкоголизации как к нормальным и неизбежным явлениям стал относиться к симптомам постинтоксикационного синдрома, сопровождающего почти постоянные передозировки. Наутро беспокоили

слабость, головная боль, сухость во рту, сердцебиение даже при незначительных физических нагрузках. С августа 1974 г. (15 лет) по совету старших товарищей стал «оставлять на утро стопочку», а с осени 1976 г. (17 лет) почувствовал, что «не обойтись без нее». На утро хватало 50 г водки, чтобы «снять похмелье и не пьянеть». Абстинентный синдром включал общий психический дискомфорт с дисфорическими вспышками, индуцирующими компульсивное влечение; беспокоили головные боли, общая разбитость, слабость, «внутри все переворачивалось», отмечалась неустойчивая походка, тремор пальцев рук, анорексия, иногда слышались оклики по имени. К этому времени (17 лет) пьянство приобрело отчетливо запойный характер. Обычно начинал «пить по-настоящему» с обеда в пятницу, «гулял все выходные» и опохмелялся утром в понедельник перед работой. Ничего особенного в этом не находил, имея перед собой достаточно примеров для подражания.

На стационарное лечение был направлен администрацией предприятия. В отделении не заметен. Пассивно соглашается с любыми требованиями, формально критикуя собственную алкоголизацию. В то же время за период пребывания в стационаре трижды нарушил режим, убегая с работы и напиваясь. Признается, что «и в больнице охота выпить». Делать операцию имплантации «эспераля» категорически отказался. Вместе с больным К-вым принял несколько таблеток паркопана, «увидел» на кровати множество клопов, ловил и давил их, под кроватью бегала крыса, «слышал» комментирующие и обсуждающие его мужские и женские голоса, «кажется, протяни руку, и можно схватить этот голос, но не ловится». Паркопановый психоз продолжался сутки.

Психическое состояние. На беседу с врачом идет без желания, пассивно и не синтонно вступает в контакт. Лицо гипомимично, в выражении лица и глаз обида и злость. Голос грубый, темп речи замедлен, артикуляция и грамматический строй речи правильны, словарный запас беден, ответы поверхностные, оборванные, откровенно неискренние.

Жалоб не предъявляет. Пытается отрицать свое злоупотребление алкоголем, и лишь под давлением объективных сведений понемногу раскрывается.

В счете по Крепелину допускает много ошибок, затрудняется выполнить сложные арифметические действия. Метафорический смысл пословиц не улавливает. Не может назвать никого из советских писателей и поэтов, из русских вспомнил только Пушкина и Толстого. В вопросах истории и географии совершенно не ориентирован. Суждения отмечены детскостью и незрелостью.

Своим характером и жизнью не доволен, но объяснить свое недовольство затрудняется. Считает, что ему надо «подлечить нервы». Несколько подыгрывая врачу, «признается», что главное для него — бросить пить. Причину существования пьянства видит в том, что «денег много у людей». Вспоминает, что сам начал пить, потому что «положено по праздникам». Допускает мысль, что может стать алкоголиком, но «алкоголиками» считает только тех, «кто трясется у магазинов». Убежден, что запрещать продажу спиртных напитков нельзя, так как «одеколон будут пить». В будущем собирается пить «как все». Значимых интересов и суждений вне круга «алкогольных проблем» не обнаруживает. Фон настроения понижен, неустойчив.

Диагноз. Хронический алкоголизм II стадии[1]. Резидуально-органическая церебральная недостаточность.

Катамнез через 9 лет. Находится на принудительном лечении.

НАБЛЮДЕНИЕ 2. А-В Ф., 17 ЛЕТ.

Анамнез. Родился вторым ребенком в семье служащего. Отец — 56 лет, инженер, работает начальником снабжения крупного учреждения. По характеру властный, прямолинейный, грубый человек. Спиртные напитки употреб-

---

[1] О критериях диагностики и систематики раннего алкоголизма речь пойдет в гл. V.

ляет только по праздникам. Мать умерла от рака желудка, когда мальчику было 12 лет. В детстве ничем серьезным не болел. Был веселым, общительным, активным в играх мальчиком. В школу пошел с 6 лет. Окончил 8 классов, не дублировал. Учился преимущественно на тройки. Учеба не интересовала, любимых предметов не было, уроки делал «из-под палки». Поведение до 4 класса лишь внешне было хорошим, главным образом потому, что за малейшие проступки отец наказывал ремнем. Но к 11 годам эта мера уже не помогала, так как, предвидя наказание, стал уходить из дому. Значительно опережая сверстников по росту и физическому развитию, быстро сошелся со школьной «коридорной элитой», с энтузиазмом новичка включившись во все «мероприятия». Чем больше отец наказывал дома, тем более привлекательной и референтной становилась компания.

В 1971 г. умерла мать. Отец через год женился и переехал к новой жене. Мальчик остался в двухкомнатной квартире с женатым старшим братом (27 лет), занимая проходную комнату. Чувствовал себя «квартирантом». Брат и его жена внимательно и тактично относились к подростку, Но забота с их стороны воспринималась унизительным одолжением.

Впервые попробовал спиртные напитки в 14 лет (январь 1974 г.) в компании друзей. Пили водку, «было интересно и любопытно». После второй стопки (100 г) «обалдел», стало плохо, но тошноты и рвоты не было. Наутро беспокоили слабость, разбитость, общий дискомфорт. Спиртное явно не понравилось.

С трудом закончил 8 классов и поступил в коммунально-строительный техникум. Осенью учащихся первого курса отправили на сельскохозяйственные работы. Там неоднократно употреблял спиртные напитки. В опьянении настроение не менялось, «только теплота по телу, туман в голове, добавишь — все на миг прояснится и отключишься». Опьянение стало привлекать ощущением легкости, раскованности, уверенности в себе, тонизирующим эффектом. С этого времени начал употреблять спиртные напитки не менее 1—2 раз в месяц. Пил перед танцами, по праздникам, в дни рождения, при встрече с друзьями («по традиции», «за компанию», «просто так»). Пили обычно в общежитии или на улице, большими дозами, напиваясь до состояния оглушения. Наутро, как правило, отмечалось плохое самочувствие, но было интересно вспомнить с друзьями, «кто и что творил по пьянке». Книг, газет и журналов не читал, ничем не интересовался, никаких определенных установок на будущее не было.

В конце 1974 г. в связи с частыми выпивками появились первые конфликты в техникуме и семье; был поставлен на профилактический учет в детскую комнату милиции. Но любые меры воспитательного характера воспринимались с негативизмом и формально. Через одного из друзей познакомился с компанией молодых людей, преимущественно старше себя по возрасту, которые основную часть своего свободного времени посвящали выпивкам, игре в карты, походам на танцы и собиранию дисков. В компании были молодые люди, уже состоящие на учете в милиции и ранее судимые. Окончательно сформировался уход от интеллектуальной деятельности, болезненно воспринималось любое усилие над собой, в техникум ходил, потому что «не знал, куда деться». К занятиям фактически не готовился, в техникуме накопил много учебных задолженностей. «Удачно» заболел воспалением легких и, пролежав в больнице, взял академический отпуск. Выйдя из больницы, две недели ничего не делал, «свобода понравилась». Поэтому когда отец устроил на работу, пошел туда безо всякого желания. Работал подсобным рабочим в домоуправлении, «отбыв принудиловку, отдыхал душой» вечером в своей компании. За два месяца работы все получки пропивал в два дня. Если хватало вина, то каждое опьянение заканчивалось оглушением, дозы своей не чувствовал. Количественный контроль не сформировался, был изначально подавлен массивной алкоголизацией. Откровенно конфликтный характер приобрели отношения со старшим братом и отцом. Уехал «отдохнуть» на три месяца к бабушке в деревню. Отец не возражал, рассчитывая хоть как-то изолировать сына от влияния компании, которую считал всему виной. В деревне бездельничал все лето, раз в неделю перед танцами выпивал с новыми приятелями.

Осенью 1975 г. вернулся в город. В техникуме восстановили только на ..ернее отделение. Через месяц учебы на вечернем отделении, так и не уст..ившись на работу, ушел из техникума.

К декабрю 1975 г. толерантность удвоилась, достигнув 200 г водки, а ..точная — 750 г. Предпочитал пить водку, потому что «она чище, меньше ..до, быстрей пьянеешь, пользы больше». В январе 1976 г. заметил, что при ..аксимальных дозах уже не появляется рвотной реакции, наутро исчезло от..ращение к алкоголю, но иногда подташнивало и редко рвало утром при по..пытке поесть. Появилась утренняя анорексия (возможно, в структуре постин..токсикационного синдрома). С февраля 1976 г. потребление алкоголя приобре..тает регулярный характер (2—3 раза в неделю). По утрам уже не только от максимальных, но и от небольших доз алкоголя стали появляться амне..зии и палимпсесты опьянения. К марту 1976 г. почувствовал, что тянет к ви..., «привычка появилась». Стало правилом пить, когда (и пока) есть деньги, ...ко расширился спектр поводов и мотивов алкоголизации.

... Быстро уставал и истощался при физической нагрузке, слабость и раз..тость стали постоянными ощущениями, наутро просыпался, не испытывая ..жести и бодрости, любые последовательные, требующие напряжения уси..я стали невозможны. Все чаще надеялся на случай, везение, удачу. Хотя, ..ем должно повезти ему в жизни и чего хочет, сам не знал. В мае 1976 г. .. лет) впервые попробовал, по совету старших, опохмелиться утром. Явле..я постинтоксикации снимались, и, хотя снова пьянел, все-таки «становилось ..ше». К ноябрю 1976 г. (17 лет) почувствовал, что нуждается в опохме..ии. Стал до начала пьянки оставлять немного на утро — «голову попра..ь». В абстиненции отмечались общая слабость, шум в голове, головные ..и, гиперемия, гипергидроз, психический дискомфорт, сонливость, тремор ..ьцев рук (а иногда и общий), обсессивное влечение. Достаточно было вы..ь 100 г водки, как «все проходило и не пьянел». Изменился характер опь..ния. Появились импульсивность и агрессивность, злобность и дисфорич..ть. «По пьянке» в голове была одна мысль — где бы снова достать вы..ь. Влечение к алкоголю начинает приобретать черты компульсивности. Стал ..сить из дому вещи и деньги на выпивку. За месяц до поступления в ста..нар в состоянии опьянения продал и пропил золотое обручальное кольцо ..шего брата. За год сменил три места работы, нигде не удерживался бо.. 1—3 месяцев. Один раз был доставлен в медицинский вытрезвитель, вос..няв это совершенно безразлично. В стационар направлен по настоянию от... В отделении ничем себя не проявляет, от работы уклоняется, со скучаю..й миной на лице сидит в одной позе на «своем» месте в дальнем конце ..идора.

Психическое состояние. Стационирование воспринял спокойно. «По-домаш..у» расположился в палате острого отделения. Пассивно идет на беседу с ..чом, движения медленные, угловатые. Сидит расслабившись, в выражении ..а и глаз полнейшее безразличие. Голос тихий, темп речи замедлен, ар..уляция и грамматический строй правильные, ответы адекватные, но по..хностные и оборванные. Пытается скрыть свою алкоголизацию, уходя от ..мых ответов. В беседе быстро истощается, отвлекается, переспрашивая ..росы.

Жалоб на психические расстройства не предъявляет. Грубых расстройств ..приятия, мышления и памяти в ходе клинической беседы выявить не уда..сь. Метафорический смысл пословиц и поговорок улавливает, но конкрет..-ситуационно. Уровень информированности по школьной программе соот..тствует знаниям ученика 5—6 классов.

Обнаруживается полное отсутствие общественно значимых интересов, ..ремлений, установок. Несколько оживляется при разговоре на «алкоголь..ю тематику». К алкоголикам относит тех, «кто может много выпить». Лю..ю антиалкогольную пропаганду (с которой сам столкнулся только в 15 ..т) считает несостоятельной. Убежден, что все употребляют спиртные на..итки, «чтобы забыться» и «по традиции». Вид деградировавшего пьяницы на ..ице вызывает у него улыбку. Высказывается против запрещения продажи ..иртных напитков, «сам бы никогда не запретил». Одобряет любой стиль ал..оголизации, кроме ежедневного потребления алкоголя. К перспективе служ-

бы в рядах Советской Армии относится безразлично. Обнаруживает полную неопределенность в вопросах профессиональной ориентации и вообще отсутствие установки на трудовую деятельность. В то же время совершенно удовлетворен материальным положением и межличностными связями, местом жительства и положением в семье, состоянием здоровья.

Диагноз. Хронический алкоголизм II стадии.

Катамнез через 8 лет. Прошел срочную службу на военно-морском флоте. Работает матросом на портовом буксире. Живет по-прежнему с семьей брата. Алкоголем не злоупотребляет. По словам родственников, после службы на флоте вернулся «другим человеком», «за ум взялся». До службы был списан с двух судов пароходства за прогулы и пьянство, по словам отца, раньше «пил, пока деньги были».

НАБЛЮДЕНИЕ 3. К-В С., 18 ЛЕТ.

Анамнез. Единственный ребенок в семье токаря. Мать работает на трикотажной фабрике, 47 лет, здорова. По характеру тихая, спокойная женщина, всю жизнь посвятившая единственному ребенку, «которого очень любила и баловала». Отец — неоднократно лечившийся хронический алкоголик. По характеру вспыльчив, жесток, злопамятен.

Беременность у матери протекала нормально. Роды нормальные, в срок. В детстве рос и развивался, не отставая от сверстников. Перенес ветряную оспу, корь, дизентерию.

До школы воспитывался в основном матерью и бабушкой. Главой семьи был пьяница-отец, которого мальчик боялся и не любил, чувствуя совершенное безразличие к себе с его стороны. Неоднократно мальчику приходилось с матерью убегать из дому от пьяных дебошей отца.

С детства отмечается сноговорение и снохождение, ночной энурез (до сих пор), кошмарные сновидения, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Четыре раза (в 7, 9, 14 и 18 лет) были травмы головы с потерей сознания, каждый раз сопровождавшиеся тошнотой, рвотой, головной болью и головокружением. Нигде не лечился. До школы отличался повышенной активностью, подвижностью, суетливостью, оживленной мимикой, импульсивностью, вспыльчивостью и раздражительностью, говорил скороговоркой, не обдумывая фразы. В 7 лет мать стала замечать у сына непроизвольное усиленное моргание, при волнении — общий тремор и заикание. В этом же возрасте «выгрызал до крови все ногти на руках».

В школу пошел с 8 лет. Учебный материал поначалу усваивал легко, но отличался крайней неусидчивостью на уроках, дома только «из-под палки» можно было заставить готовить уроки. Иногда жаловался матери, что «ломит голову после уроков», засыпал на занятиях и дома спал после уроков. До 4 класса учился на 3—4. Но с 5 класса успеваемость и поведение мальчика резко ухудшились. При усложнении школьной программы, потребовавшей дополнительных усилий, обнаружилась неспособность к длительным интеллектуальным усилиям, большему напряжению внимания и сосредоточению, предпочитал уходить от выполнения задания, ограничиваясь списыванием, подсказкой других. Хроническая неуспеваемость, непонимание усложняющейся школьной программы, болезненное переживание чувства собственной неполноценности вначале проявились в индифферентном, а затем и в активном отрицательном отношении подростка к обучению, к школе, к учителям. Единственным из любимых предметов осталась физкультура. В этот период из семьи ушел пьяница-отец. Мать работала по сменам и не могла полностью контролировать сына. Подросток начал прогуливать занятия, курить, потерял связи со своими одноклассниками, приобрел «новых друзей», с подобным собственному «мировоззрением».

Товарищи по компании были преимущественно старше, среди них можно было встретить лиц, состоящих на учете в детской комнате, в уголовном розыске, ранее судимых, попадавших в медицинский вытрезвитель. С возникновением нового окружения отчетливо ощутил, что жить стало проще и легче, «что хочу, то и ворочу». С 12 лет был поставлен на учет в детскую ком-

нату милиции в связи с уходами из дому и из школы, хулиганством. Отсидев два года в 7 классе, так и не закончив его, ушел из школы.

Первое значимое опьянение в июле 1972 г. (14 лет). «Скинулись с корешом на бутылку водки и бутылку красного». После стакана водки быстро появилась тошнота, рвота. На следующий день беспокоили слабость, сухость во рту, потливость и сердцебиение при физической нагрузке, но было интересно вспомнить с приятелем (старшим по возрасту), «что выделывали по пьянке». С этого времени начал употреблять спиртные напитки по праздникам, при встрече с друзьями, перед танцами. Частота алкоголизации на первых этапах не превышала 1—2 раза в месяц. Знакомство со спиртными напитками представлялось подростку логичным и естественным этапом в жизни, отражающим возросшую самостоятельность и взрослость.

Ритуал выпивки в компании начинался задолго до процедуры непосредственного потребления. Уже в ожидании «пьянки» (когда кто-то пошел в магазин за вином) подросток возбуждался, отмечалось повышение настроения, речевой и двигательной активности. На следующий день после алкогольного эксцесса положительное восприятие опьянения фиксировалось эмоционально насыщенными воспоминаниями о «пьянке» со смакованием деталей и эпизодов. Такое культивирование алкоголизации ускоряло выработку «алкогольного стиля жизни», создавало готовность к дальнейшему некритичному восприятию алкогольных обычаев своей асоциальной группы.

Изначальная толерантность была невелика — 100—75 г водки, суточная — 250 г. Но в компании было принято пить помногу, напиваясь до состояния оглушения. Редко кто имел деньги на водку, поэтому пили дешевые ординарные вина. За счет такого стиля алкоголизации количественный контроль и защитный рвотный рефлекс были изначально подавлены. Спиртные напитки употреблялись вначале «по традиции», «за компанию», «от нечего делать», «когда деньги есть», но очень быстро в мотивации стал проявляться эффект действия алкоголя и отношение подростка к нему: «пью для повышения настроения», «вызывает приятное ощущение», «чтобы развеселиться».

Уйдя из школы, осенью 1973 г. поступил в ПТУ по специальности слесаря. К занятиям совершенно не готовился, «выезжал вначале на наглости и сообразительности». Через 8 месяцев был отчислен за неуспеваемость. Комиссией по делам несовершеннолетних был направлен на работу в дорожно-строительное управление. Работа была «грязной и на улице», не понравилась. Но появились свои деньги и возросли затраты на алкоголь. Трудовая деятельность воспринималась только как источник средств на спиртное. Быстро появились опоздания, прогулы, выход на работу в нетрезвом состоянии. Отношения в коллективе стали остроконфликтными и в июле 1973 г. (15 лет) уволился с этой работы.

Следующие три месяца нигде не работал. В октябре 1973 г. отметил свое шестнадцатилетие со спиртным в кругу «друзей и родичей». В этом же месяце в состоянии опьянения «просто так» компанией избили четырех сверстников. Не без гордости вспоминает, что был «на зоне», будучи осужденным на два года по ст. 206, части второй УПК РСФСР. С гонором вспоминает, что «в той драке сломал два ребра и выбил зуб» и что «пока он сидел тем четырем, кого они избили, здесь жизни не давали». В заключении регулярно «дышал» бензином или нитролаком. «Делаешь трубку из газеты, внутрь вставляешь тряпку, смоченную бензином или нитролаком, и дышишь через рот. На 15 вдохе появлялись щелчки в голове, потом шум, повышалось настроение, лежишь кайфуешь».

Пробыв в колонии 1 год 4 мес., в феврале 1975 г. был освобожден. Поскольку те, кого они избили, «по выходу скинулись пострадавшему по 50 рублей», то было на что отметить освобождение. Первую неделю пил ежедневно. В марте устроился работать слесарем в морском порту. В этом же месяце по совету старших первый раз попробовал опохмелиться наутро, но «лучше не становилось и снова пьянел». Наутро, после ставших обычными передозировок, все более рельефным становился постинтоксикационный синдром. Особенно беспокоили головная боль, слабость, общий дискомфорт, субдепрессивный фон настроения. На работе быстро уставал, «к обеду возникало ощущение, как будто целый день отработал», потели ладони и ступни ног, при

повышенной физической нагрузке возникали сердцебиение и одышка, утром не было ощущения свежести, даже если и не пил вечером, фон настроения был понижен и неустойчив. За лето трижды доставлялся в медицинский вытрезвитель.

Вынужден был уйти с работы. «Отдохнув месяц», устроился подсобным рабочим в «Горгаз» — помогал развозить газовые баллоны по городу. Здесь «набрался опыта». Видел, как пьют хронические алкоголики, находящиеся на противоалкогольном лечении.

К августу 1975 г. употреблял спиртные напитки 1—2 раза в неделю. В основном пили в пятницу и субботу. Толерантность достигает 200—250 г водки, суточная 600—700 г. От все меньших доз, принятых накануне, возникают почти постоянные палимпсесты и амнезии опьянения. Наутро часто приходится выяснять, «с кем, что, когда пил и что делал». «Пьянка» считается тем лучше, чем больше времени уходит на ретроспективное восстановление ее сценария. Обычно при таком проигрывании настроение несколько повышается, являясь своеобразным «эхом» эйфории (постэйфория).

В армию не взяли из-за псориаза. Неоднократно лечился в дерматологической клинике. Болезненно переживал свое заболевание, «отключение от всяких неприятных мыслей» давала только выпивка.

В октябре 1975 г. (18 лет) осознал влечение к алкоголю. Раньше пил «от нечего делать», теперь «нечего делать было пока не выпьешь». Пил, «чтобы поднять тонус», «снять напряжение», признавался, «что тянуло пить», «вошло в привычку». Через 8 месяцев после первого индуцированного опохмеления (март 1975) почувствовал, что «без опохмелки не обойтись». Наутро «всего крутит, мутит, башка болит», слабость такая, что не встать с постели, головокружение, боли в животе, сердцебиение, потливость, субдепрессивный фон настроения, тошнота, рвота, общий тремор, анорексия. Стал с вечера оставлять «стопку» на утро. Продолжительность ярких явлений абстиненции — 3 дня. Утром требовалось 50 г водки, «от которых не пьянеешь и все снимается, только к вечеру опять тянет выпить».

Проработав несколько месяцев в «Горгазе», вынужден был написать заявление об уходе по собственному желанию, «чтобы не пришлепнули 33 статью». С лета 1976 г. начал работать в РСУ по благоустройству города, но уже в начале сентября за систематические прогулы и пьянство был уволен по ст. 33.

Пил регулярно — 2—3 раза в неделю, обычно с пятницы до понедельника. Пьянство приобретало черты псевдозапойного. Изменился характер опьянения: снизилось веселящее действие спиртного, стало кратковременным, алкоголь способствовал снижению настроения, возникновению раздражительности, агрессивности. Толерантность достигала 250—300 г водки, суточная — 750 г.

По словам матери, последние два месяца перед стационированием стал совершенно нетерпимым дома: крайне вспыльчив и раздражителен, если не давала денег на спиртное, в опьянении бьет стекла в окнах, разбил телевизор. Дисфорические приступы сменяются истерическими рыданиями и сценами раскаяния. Пьет ежедневно самые дешевые вина, дома выпил весь одеколон. Работать и есть не может. Наутро самому не налить чашки чаю — так руки трясутся. Мать убеждена, что сын без водки жить не может.

За три дня до стационирования в состоянии опьянения перерезал себе поверхностные вены на левой руке в области запястья после ссоры со своей девушкой. По повестке явился на прием в подростковый наркологический кабинет, согласился с врачом, что «нервы нужно подлечить». Клятвенно заверил, что по выданному направлению утром сам явится в стационар, но только через три дня удалось санитарной бригадой вывести больного из дома в состоянии тяжелого опьянения.

В отделении был возмущен «поведением матери», которая «упекла его в больницу». На пятый день госпитализации насобирал у больных несколько таблеток паркопана (говорит, что принял четыре, но по словам других больных — больше). Развернулся абортивный паркопановый делирий: «видел», как убегал от матери, ехал с врачом к себе домой, персонал воспринимал фашистами, которые хотят его отравить. Психотическое состояние продолжалось

ва часа. С врачом ведет себя подобострастно, заискивает, пытается подать ебя «жертвой». Персоналу в отделении не помогает, от трудотерапии отлынивает. При свидании с матерью кричит на нее, обвиняет в том, что «запрятала его в дурдом», едва сдерживается присутствием врача, чтобы не броситься на мать с кулаками. Группирует вокруг себя подчиняющихся ему больных, с удовольствием и самолюбованием расписывает им свои похождения и жизнь «на зоне».

Психическое состояние. Охотно идет на беседу, легко и непринужденно держится. Требует скорейшей выписки, проклиная мать, которая его сюда «запрятала». Наотрез отказался подстричься, так как длинные волосы прикрывают псориатические пятна на голове. Лицо гипермимично, постоянно меняет позу, руки и ноги в движении. Голос громкий, монотонный, темп речи ускорен, артикуляция и грамматический строй правильные, ответы адекватные, но поверхностные и оборванные. Пытается скрыть свою массивную алкоголизацию, но, пойманный на противоречиях, бросается в другую крайность, элементами алкогольного гонора смакует детали пьянства. Речь перегружена штампами и жаргонными выражениями. Жалуется на повышенную раздражительность, нетерпеливость, чувствительность, слезливость, частые колебания настроения. Считает, что у него «расшатаны нервы и их надо подлечить».

Мышление конкретно, метафорический смысл пословиц и поговорок часто понимает буквально. В счете по Крепелину допускает много ошибок. Уровень информированности соответствует знаниям ученика 5 класса. Книг, газет, журналов не читает и не испытывает к этому ни малейшей потребности. Обнаруживает полное отсутствие общественно значимых интересов и установок. Часто не знает, куда себя девать в свободное время. Признается, что «жить скучно», давно утратил «перспективу жизни». Отсутствует определенность в вопросах профессиональной ориентации и вообще установка на трудовую деятельность. Главным в жизни считает «хорошо жениться». Своим окружением полностью удовлетворен.

С антиалкогольной пропагандой впервые столкнулся в 16 лет, но относится к ней негативно, убежден, что «с пьянством бороться она не помогает». Положительно относится к любым поводам и ситуациям употребления спиртного. Вид и поведение пьяного на улице безразличны. Категорически протестует против возможности введения «сухого закона». Собирается в будущем пить, «как все». Причину пьянства видит в том, что «много дешевого вина, а людям деньги девать некуда». Алкоголик, по его мнению, «конченый человек, не может жить без вина»; «пьяница — в грязи валяется»; «выпивший — идет своим ходом». Себя алкоголиком не считает, но допускает мысль, что может им стать. Фон настроения преимущественно благодушный и неустойчивый.

По тесту на аутоидентификацию характера обнаруживает явную акцентуацию характера гипертимно-неустойчивого типа.

Диагноз. Хронический алкоголизм II стадии. Органическая психопатия гипертимно-неустойчивого типа.

Катамнез через 6 лет. Выйдя из ЛТП в возрасте 23 лет, умер от острой сердечной недостаточности на высоте запоя.

Приведенные иллюстрации достаточно наглядно, на наш взгляд, показывают феноменологию раннего алкоголизма, основные этапы его становления. Теперь, прежде чем перейти к развернутому психолого-клиническому анализу этого процесса, обратимся к исходным для этого анализа общепсихологическим предпосылкам.

ГЛАВА III

ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее продуктивным и в то же время традиционным направлением отечественной патопсихологии является анализ психических нарушений, который опирается на данные общей психологии, на те или иные общепсихологические концепции: достаточно сослаться на ставшие уже классическими работы Б. В. Зейгарник и ее школы, базирующиеся на психологической теории мышления, или на работы В. Н. Мясищева и его школы, основывающиеся на психологической теории отношений личности. Важность исходных общетеоретических посылок очевидна и для психиатрии. Напомним в связи с этим точные слова выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского (1890): «Общие выводы научной психологии для психиатров *обязательны*, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душой». Как справедливо отмечает Ю. Ф. Поляков (1971), все наиболее значимые концепции в истории психиатрии отражают взгляды их авторов на природу и закономерности нормальной психики. Более того, многие авторы прямо предпосылали своим концепциям изложение исходных позиций, среди которых видное место отводилось основным положениям общей психологии.

Для того чтобы выделить некоторые внутренние закономерности, механизмы возникновения и развития раннего алкоголизма, также необходимо хотя бы в самом кратком виде изложить те общепсихологические представления о личности, которые будут исходными для нашего анализа. Начнем с введения основных понятий, с помощью которых описывается деятельность человека.

Человеческое мышление, восприятие, память, целеполагание необходимо связаны с соответствующей нуждой, *потребностью*. Потребность является, таким образом, предпосылкой всякой психической активности, всякого целенаправленного поведения, всякой *деятельности* человека.

Вместе с тем сказать о ком-то, что он «имеет потребность», значит сказать еще нечто весьма неопределенное, ибо сразу встает вопрос: потребность в чем, в каком именно предмете? Не представляя себе предмета, объекта потребности, мы не можем составить окончательное представление и о самой потребности. Этот предмет, объект, равно как материальный, так и идеальный, становится побудителем, *мотивом* поведения. Здесь

далее мы пользуемся определением мотива, данным А. Н. Леонтьевым: «Мотив — это объект, который отвечает той или иной потребности и который, в той или иной форме отражаясь субъектом, ведет его деятельность» (1966, с. 5).

Как правило, в сложном поведении нельзя удовлетворить потребность одним актом поведения, поэтому деятельность включает в себя ряд *действий*. Каждое действие направлено на достижение сознательной *цели*, подчиненной вместе с целями других действий мотиву всей деятельности. Кроме действия в составе деятельности выделяют и более дробную единицу — *операцию*, которая рассматривается как способ выполнения действия, т. е. представляет собой «технический» состав действия, зависящий от конкретных условий, в которых дана цель действия (Леонтьев, 1965).

Поведением человека движут обычно сразу несколько мотивов: одни мотивы более, другие менее общие, одни непосредственно побуждают к деятельности (так называемые мотивы-стимулы), другие действуют более опосредствованно. Тем самым образуется система, иерархия мотивов, в которой наиболее общие, «вершинные» мотивы обусловливают определенное *отношение* к миру (В. Н. Мясищев), определенную *направленность личности* (Л. И. Божович).

При анализе поведения и деятельности часто используется также понятие *установки*, посредством которой закрепляются, приобретают устойчивость, стабильность те или иные мотивационные устремления и позиции субъекта (Д. Н. Узнадзе, С. Л. Рубинштейн, А. В. Запорожец и др.).

Психическое развитие ребенка тесным образом связано с характерной для каждого возраста *ведущей деятельностью*, развитие которой и обусловливает главнейшие изменения психологических особенностей на данной стадии (Леонтьев, 1965).

Таковы некоторые, достаточно устоявшиеся понятия, связанные с изучением деятельности. Рассмотрим теперь проблему развития, движения деятельности и возникающих вследствие этого движения сдвигов, кризисов, поскольку проблема эта чрезвычайно важна для понимания мотивационной сферы личности.

Цепь преобразований деятельности, характерную для нормального, продуктивного развития личности, условно назовем восходящей. Возможны два варианта кризисов восходящего развития. Первый вариант связан с тем, что изменяющаяся потребность требует для своего удовлетворения все новых и новых средств, операционально-технических возможностей деятельности. Наконец, может настать такой момент, когда возможности эти исчерпываются, человек уже не располагает нужными для осуществления деятельности средствами, что субъективно — иногда очень остро — переживается как состояние неудовлетворенности, растерянности, кризиса. Второй тип кризисных состояний связан с тем, что деятельность, напротив,

постоянно усложняется, разветвляется, приобретает такие новые средства осуществления, операционально-технические возможности, что она как бы перерастает лежащую в ее основе потребность. Подобная логика возникновения кризисов нормального развития (главным образом в плане расширения связей и отношений) была впервые выявлена в рамках теории деятельности применительно к детскому возрасту (Леонтьев, 1965; Эльконин, 1971).

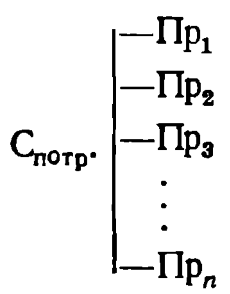
Обратимся теперь к данным патопсихологии, к тому направлению движения деятельности, которое можно назвать нисходящим или искаженным. Исследования показывают, что здесь также можно увидеть два типа сдвигов, кризисов в развитии деятельности. В основе первого лежат происходящие вследствие тех или иных патологических причин искажение, обеднение потребностей, возрастание их принудительной силы, что ведет к перестройке — далеко не автоматической и не бескризисной — соответствующих деятельностей по удовлетворению данных потребностей. Причинами кризисов другого типа становятся обеднение деятельности, искажение ее структуры, что приводит к перестройке потребностей и мотивов. Примером первого типа кризисов могут служить изменения деятельности при хроническом алкоголизме, примером второго — изменения деятельности при эпилепсии (Братусь, 1973, 1974; Зейгарник, Братусь, 1980).

Что же происходит при этих сбоях, какого рода состояния образуются? Феноменология, внешние признаки кризисных состояний, в особенности начиная с подросткового возраста, нередко могут быть описаны как особые психические состояния, состояния неопределенности, как бы неопредмеченности, неструктурированности желаний субъекта, невыраженности намерений и планов, их размытости, легкой смены одного другим. Часто об этом состоянии можно сказать, что человек, находящийся в нем, жаждет (порой очень страстно) того, чего сам толком не знает, чему не может дать однозначного описания. Подобное состояние, взятое как фрагмент развития деятельности, может быть обозначено как *переходное потребностное состояние.*

Следует, однако, заметить, что наше понимание потребностного состояния несколько отличается от его понимания А. Н. Леонтьевым. Согласно А. Н. Леонтьеву, уровень собственно психологического анализа начинается с потребности, которая рассматривается как нужда, обретшая свой предмет или мотив. «Подобное понимание мотивов, — пишет А. Н. Леонтьев, — кажется по меньшей мере односторонним, а потребности — исчезающими из психологии. Но это не так. Из психологии исчезают не потребности, а лишь их абстракты — «голые», предметно не наполненные потребностные состояния субъекта» (1975, с. 190). Тем самым потребностные состояния фактически выводятся из сферы психологического анализа. На наш же

взгляд, психологический анализ переходных потребностных состояний является важнейшим условием понимания реального движения деятельности. Эти состояния, в особенности возникающие по ходу развития сложных общественно обусловленных видов деятельности, не являются лишь «голыми» негативными состояниями субъекта. Они имеют внутреннюю структуру и динамику, которые во многом определяют выбор конкретного предмета — мотива деятельности. Наконец, психология не вправе упускать эти состояния из сферы своего внимания, поскольку именно они (что мы увидим ниже, при анализе раннего алкоголизма) очень часто являются наиболее опасными, ломкими моментами развития, в которых значительно возрастает вероятность возникновения больших и малых отклонений в развитии личности.

Достаточно схематично суть потребностного состояния ($С_{потр.}$) можно определить как состояние, которому отвечают не жестко закрепленные предметы, а целый круг достаточно разнообразных потенциальных объектов, предметов ($Пр_1$, $Пр_2$, $Пр_3$ ... $Пр_n$) или



Потребности же соответствует более или менее определенный предмет или мотив, т. е. потребность — предмет (мотив) или П — Пр (М).

Лишь учитывая потребностное состояние, мы можем построить полную цепь движения деятельности и отразить в этой цепи периоды кризисных явлений. Начнем с переходного потребностного состояния, хотя понятно, что и до него существовала некая цепь развития деятельностей, которая, однако, нарушилась вследствие действия одного из указанных выше механизмов кризиса.

Потребностное состояние по самой своей сути не может длиться долго, и рано или поздно происходит обнаружение, опробование действием того или иного предмета, который представляется субъекту в наибольшей степени отвечающим его потребностному состоянию. В этот важный момент происходит переход потребностного состояния в качественно иной психологический ранг — ранг опредмеченной потребности, т. е. потребности, нашедшей свой предмет-мотив.

Вслед за этим возникшая потребность ($П_0$) побуждает к деятельности ($Д_0$), в ходе которой она, как правило, не просто воспроизводится, но так или иначе обогащается, видоизменяется. В этом процессе возникает уже не точно та же самая по-

требность ($П_0$), а потребность $П_1$, пусть сходная, одноименная, но обретшая в деятельности какие-то новые характеристики и оттенки ($П_1 \neq П_0$). Эта потребность толкает к деятельности ($Д_1$), которая в свою очередь оказывается несколько измененной по сравнению с деятельностью прежнего цикла ($Д_1 \neq Д_0$). В результате возникает определенная цепь преобразований ($\ldots \rightarrow П_0 \rightarrow Д_0 \rightarrow П_1 \rightarrow Д_1 \rightarrow П_2 \rightarrow Д_2 \rightarrow П_3 \rightarrow \ldots$). В то же время внутренняя логика трансформации потребности и деятельности может по одному из указанных выше механизмов привести к новому кризису, разрыву данной цепи, к возникновению нового потребностного состояния, ждущего своего разрешения (Братусь, Лишин, 1982). Изобразим сказанное в виде обобщенной схемы.

$$\ldots \text{С}_{\text{потр.}0}\left[\begin{array}{l} —\text{Пр}_1\\ —\text{Пр}_2\\ \vdots\\ —\text{Пр}_n\end{array}\right. \rightarrow \text{П} — \text{Пр(М)} \rightarrow \text{П}_0 — \text{Д}_0 — \text{П}_1 — \text{Д}_1 \cdots \rightarrow \text{С}_{\text{потр.}1}\left[\begin{array}{l} —\text{Пр}'_1\\ —\text{Пр}'_2\\ \vdots\\ —\text{Пр}'_n\end{array}\right.$$

(1) (2) (3) (1)

В схеме этого движения можно условно выделить три основные стадии, или зоны: 1 — зона переходного потребностного состояния, или зона выбора предмета; 2 — зона закрепления предмета в качестве мотива, или зона мотивообразования; 3 — зона преобразования потребности и деятельности.

Ниже мы еще вернемся к этим и ряду других общепсихологических выводов и постараемся показать их значение для анализа аномалий личности при раннем алкоголизме и для разработки тактики психопрофилактической работы, а пока перейдем к следующим, исходным для этого анализа положениям.

Для понимания строения сознания личности, возникающих здесь отклонений необходимым является психологическое различение *значений* и *смыслов*.

Сущность значений описывалась А. Н. Леонтьевым как «идеальная, духовная форма кристаллизации общественного опыта, общественной практики человечества... Человек в ходе своей жизни усваивает опыт предшествующих поколений людей, что происходит именно в форме овладения им значениями. Итак, психологически значение — это ставшее достоянием моего сознания (в большей или меньшей своей полноте и многосторонности) обобщенное отражение действительности, выработанное человечеством и зафиксированное в форме понятия, знания или даже в форме умения как обобщенного «образа действия», нормы поведения и т. п. Значение представляет собой отражение действительности независимо от индивидуального,

личностного отношения к ней человека» (Леонтьев, 1965, с. 277).

Привнесение же такового отношения неизбежно порождает субъективное значение данного объективного значения. Чтобы избежать удвоения терминов, А. Н. Леонтьев говорит в этом случае о личностном смысле. Таким образом, «смысл выступает в сознании человека как то, что непосредственно отражает в себе его собственные жизненные отношения» (1975, с. 278).

Попытаемся несколько более подробно очертить ту психологическую реальность, которую мы будем называть смысловой сферой личности.

Известный ученый Н. А. Бернштейн писал, что каждая наука применительно к явлениям в своей области должна ответить на два определенных вопроса: первый — *как* происходит явление, и второй — *почему* оно происходит. Для наук о неживой природе эти вопросы оказываются и необходимыми и достаточными. Долгое время и биология пыталась со всей строгостью отвечать лишь на эти вопросы, однако многочисленные наблюдения и факты указывали на неоспоримую целесообразность устройств и процессов, присущих живым организмам, и поэтому неминуемо возник новый, третий вопрос — *для чего* существует то или иное приспособление в организме, тот или иной процесс, к какой цели они направлены, какую задачу предназначены решать (1966).

Все эти вопросы сохраняют первостепенное значение и для психологии, в частности для исследования поведения и деятельности, форм их нормального и аномального развития. Отвечая на первый вопрос, мы должны исследовать феноменологию деятельности, качественные ее характеристики; отвечая на второй вопрос, мы должны исследовать причинность, механизмы движения деятельности; наконец, при ответе на третий вопрос мы должны анализировать задачи, цели и мотивы, на которые направлен процесс деятельности. Однако эти три вопроса не затрагивают или, точнее, затрагивают лишь косвенно проблему смысловой регуляции деятельности. Между тем существует множество фактов, показывающих особую значимость этого уровня регуляции для характера деятельности и ее продуктивности (Асмолов и др., 1979; Мазур, 1983). Как биология в рамках вопросов «как?» и «почему?» приходила к выводам, оказывавшимся, по словам Н. А. Бернштейна, крайне бедными предсказательной силой, так и психологические исследования, ограниченные на этот раз тремя вопросами: «как?», «почему?» и «для чего?», оказываются недостаточными для понимания природы человеческой личности, проблем ее развития и воспитания. Чтобы коснуться проблемы смысла, смысловой сферы личности, необходимо задать еще один, четвертый вопрос, внешне сходный с третьим, но все же имеющий свой особый оттенок, — это вопрос о том, *ради чего* совершается то или иное действие, та или иная деятельность человека, в чем подлинный смысл достижения тех или иных целей, мотивов,

задач, — смысл, стоящий за взятыми сами по себе или в своей совокупности целями, задачами и мотивами.

Образующие смысловой сферы личности рождаются в сложных многогранных соотнесениях меньшего и большего, целостных ситуаций, актов поведения с более широким для них контекстом жизни. Соответственно этому и осознание смысловых образований — это всегда процесс определенного внутреннего соотнесения. Поясним сказанное простым примером. Ради чего стоит посещать отдельные лекции в институте, ради чего стоит стремиться к высшему образованию, ради чего стоит жить? Чтобы ответить на подобные вопросы, надо соответствующую деятельность соотнести с контекстом деятельности более широкой, и соотнесение это тем сложнее и тем более индивидуально, чем выше мы поднимаемся по ступеням, уровням смысловой иерархии. Скажем, смысл посещения отдельных лекций для большинства очевиден — он в том, чтобы успешно закончить вуз. Труднее ответить на вопрос, ради чего нужно кончать вуз. Ответы могут захватить здесь множество взаимосвязанных деятельностей и мотивов, различные их сочетания и оттенки: интерес к профессии, престижность, материальные интересы, поступление в аспирантуру и т. п. И уже совсем нелегко ответить на вопрос, ради чего стоит жить. Ведь здесь надо соотнести не что иное, как всю свою жизнь с каким-то более широким и общим контекстом, с тем, что больше нашей жизни и не оборвется с ее физическим прекращением (дети, счастье будущих поколений, прогресс науки и т. п.).

При этом необходимо подчеркнуть два важных момента. Во-первых, смысл той или иной деятельности не порождается самим по себе мотивом более широкой, вышележащей по иерархическому уровню деятельности, как это нередко представляется в психологической литературе. Так, в последнем примере не сами по себе дети, счастье будущих поколений или прогресс науки являются смыслами жизни, а те многочисленные и сложные связи, принципы, соотнесения, которые порождаются этими мотивами и образуют связную систему смыслов. Поэтому, в частности, за ссылкой на один и тот же смыслообразующий мотив могут стоять совершенно разные по содержанию и динамике смысловые образования (Лишин, 1983; Насиновская, 1983). Второй момент, который необходимо подчеркнуть, заключается в том, что при уяснении смысловых образований речь идет не о вербальных ответах на вопрос «ради чего?», а о действительных, подлинных, внутренних ответах, которые даются в результате сложной и специфической деятельности оценивания своей жизни, в результате сложной «задачи на смысл» (А. Н. Леонтьев). Без этой работы (а ее отсутствие не столь уж редко) смысловые системы остаются и функционируют в психике неосознанными. Причем чем выше по иерархическим ступеням смысловые образования, тем труднее работа по их осознанию, поскольку все шире и неопределеннее должна быть об-

часть действительности, которая станет смыслопорождающей, все сложнее и опосредованнее те связи, в отношениях к которым формируется динамическая смысловая система.

Когда «задача на смысл» все же решена и речь идет о той или иной форме осознания наиболее общих смысловых образований, то уместно говорить о *ценностях личности.* Ценности личности, таким образом, — это осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни. Подлинная ценность должна быть всегда обеспечена «золотым запасом» соответствующего личностного смысла, аффективного, эмоционально переживаемого отношения к жизни; в противном случае она девальвируется до уровня простой декларации, более того, может стать бутафорией, маскирующей совсем другие устремления. Исповедание ценностей закрепляет единство и самотождество личности, надолго определяя собой главные характеристики личности, ее стержень, ее мораль, нравственность.

Может возникнуть принципиальный в контексте данной книги вопрос: о какой морали может идти речь при грубых отклонениях в развитии личности, например, у пьяницы, у злостного правонарушителя? Однако, даже в тех случаях, когда мы говорим об аморальности, речь идет не просто об отрицании морали, а о моральной позиции нам чуждой, извращенной. В частности, своя мораль, своя достаточно жесткая система ценностей характерна и для асоциальных групп (Подгурецкий, 1974).

Сущность личности не совпадает ни с темпераментом, ни даже с характером. Разумеется, характер неотделим от личности и в широком понимании входит в нее, поскольку реализует прежде всего не случайные побуждения, а генеральную линию жизненных устремлений личности. Плоскость характера — это плоскость действования, *способов* осуществления основных смысловых линий, и здесь мы обычно говорим о таких параметрах, как сила — слабость, мягкость — твердость, воля — безволие и т. п.

Иное дело — собственно личность. Здесь основная плоскость движения — нравственно-ценностная. Личность в узком понимании (ядро личности) — это не способ утверждения позиции, а сама позиция человека в этом сложном мире, которая задается системой общих смысловых образований[1]. Лишь в более широком понимании (включая характер) — это динамическая система смысловых образований, опосредствующих ее главных мотивов и способов их реализации. Не случайно поэтому личность, ее ядро могут контрастировать с характером по уровню

[1] В этом плане наиболее сжатой и яркой формулой личности (а не просто темперамента или характера) является, на наш взгляд, известное восклицание Лютера: «Я на том стою и не могу иначе». Здесь отражены три момента, которые мы считаем существенными для нашего понимания личности: определенная позиция, ее достаточно ясное осознание и, наконец, убеждение в ее правоте, готовность постоять за нее, как нечто главное и неизменное.

своего развития и качества: известно, что можно встретить «хорошего человека» (нередкое житейское определение личности) с плохим характером (скажем, вспыльчивым, недостаточно сдержанным) и, напротив, негодяя с прекрасным характером — уравновешенным, покладистым, сильным.

Сказанное ни в коей мере не умаляет роль и значение характера. Старая мудрость: «Посеешь привычку — пожнешь характер, посеешь характер — пожнешь судьбу» имеет глубокий психологический смысл, ибо привычки ребенка, его характер — это реальные «кирпичи», из которых складываются затем стиль и способ действования человека, манеры его общения с другими, способы достижения своих целей и мотивов, словом, все то, что в конечном счете во многом определяет судьбу человека, ее повороты и перипетии. Речь идет лишь о том, что все эти важнейшие образования сами по себе еще не отвечают на вопрос, ради чего они существуют, какие цели, смысловые устремления призваны осуществлять, иными словами, прямо и непосредственно не определяют нравственно-ценностных плоскостей развития человека, совпадение или несовпадение этих плоскостей с общечеловеческими идеалами и устремлениями. Отсюда, в частности, вытекает один важный для нас вывод. При оценке личности, полагании ее нормальной или аномальной, отклоняющейся, наконец, при ее воспитании, психокоррекции и психотерапии следует иметь в виду не только и даже не столько особенности отдельных проявлений, их сочетания, корреляции и т. п., а то, как общие смысловые устремления, общие мотивы и способы их достижения соотносятся с социальными и нравственными аспектами общечеловеческого бытия.

Сказанное относится и к тем случаям, когда вопрос о нормальности и аномальности решен клиницистами в пользу последнего. П. Б. Ганнушкин пишет: «Один эпилептоид может прекрасно вести большое дело, другой — тоже эпилептоид — совершить преступление; один параноик окажется всеми признанным ученым и исследователем, другой — душевнобольным, находящимся в психиатрической больнице; один шизоид — всеми любимым поэтом, музыкантом, художником, другой — никому не нужным, невыносимым бездельником и паразитом». В чем же причина таких расхождений? «Все дело, — считает П. Б. Ганнушкин, — в клиническом, жизненном выявлении психопатии, которое и является определяющим практическую, главную сторону дела» (1964, с. 171), т. е., на наш взгляд, в том, как, в какой плоскости социального и нравственного бытия найдут приложение одинаковые по исходным клиническим характеристикам люди. И именно в зависимости от выбора этих плоскостей и будет решена судьба их личностей.

Коротко обозначим некоторые из основных свойств смысловой сферы личности.

В исследованиях Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, в ряде публикаций послед-

их лет (многие из которых отражали работу существовавшей на факультете психологии Московского университета в 1976—1980 гг. межкафедральной группы по изучению личности) выявлены ряд свойств смысловой сферы, ее отличия от сферы значений, знаний и умений человека (Хараш, 1977, 1978; Субботский, 1977; Асмолов, 1979; Асмолов и др., 1979; Зейгарник, Братусь, 1980; Братусь, 1981; и др.). К числу основных отличий можно отнести по крайней мере следующие четыре. Во-первых, смысловые образования существуют не только в осознаваемой, но часто и в неосознаваемой форме, образуя, по выражению Л. С. Выготского, «утаенный» план сознания. Во-торых, смыслы не поддаются прямому контролю и чисто вер-альным воздействиям («личность не учат, личность воспиты-ют», подчеркивал А. Н. Леонтьев). В-третьих, смыслы не еют своего «надындивидуального», «непсихологического» су-ествования; они не бытуют сами по себе, как мир значений, льтуры, который представляет собой нечто объективное, за-нное. Наконец, в-четвертых, смысловые образования не мо-т быть поняты и исследованы вне их деятельностного, жиз-нного контекста («принцип деятельностного опосредствова-я»). Заостряя эту мысль, можно сказать, что психологию чности должны интересовать не отдельные факты, а целостные туации и взаимосвязи, в которых возникают и проявляются или иные смысловые отношения к действительности.

Учет этих свойств диктует определенный подход к иссле-анию, воспитанию, коррекции личности, и прежде всего он ебует отказа от смешения обучения и воспитания, посколь-эти, пусть и взаимосвязанные, процессы имеют все же раз-е предметы, объекты своего воздействия (Асмолов, 1979). первом случае таким предметом являются значения, знания, ения, навыки; во втором — смысловые динамические системы, р пристрастного, ценностного отношения к действительности.

Кратко остановимся на уровнях или ступенях смысловой еры личности. На наш взгляд, можно обозначить следующие овни. Первый или, точнее, нулевой уровень — это прагмати-ские ситуационные смыслы, определяемые логикой задачи до-ижения цели в данных конкретных условиях. Смыслы эти не ходят за пределы того, что можно, воспользовавшись тер-ином Г. В. Биренбаум и Б. В. Зейгарник (1935), назвать йственным полем.

Следующий, на этот раз действительно первый уровень смысловой сферы сознания — это эгоцентрический уровень, в котором исходными моментами являются индивидуальная польза, честолюбие, выгода, удобство, престижность и т. п. Второй уровень — группоцентрический; определяющим смысловым моментом отношения к действительности на этом уровне становится близкое окружение человека, группа, с которой он либо идентифицируется, либо ставит ее выше себя в своих интересах и устремлениях. Третий, чрезвычайно высокий уровень —

коллективистический, для отношений которого исходными являются потребности коллектива, коллективистическое начало. И наконец, высший уровень можно назвать общечеловеческим, когда задачи, нужды и беды чужих, незнакомых людей, даже человечества в целом, определяют смысловые отношения субъекта к действительности [2].

Смыслы не являются, таким образом, однородными, а тем более одноуровневыми образованиями, но психологически существенно различаются в зависимости от отнесенности к тому или иному уровню. Это различие улавливается даже в обыденном языке. Так, в плане действенного поля и соответствующего ситуационного, прагматического смысла мы говорим о действиях и, если они неудачны, об ошибках, промахах. Как только мы переходим в план смыслового поля, нравственных смыслов, мы должны говорить о поступках, деяниях, которые бывают низкими (т. е. определяемыми эгоцентризмом, себялюбием, как бы прижатыми к прагматическим смыслам) и высокими (т. е. устремленными к общечеловеческим идеалам).

Судят также о падении или возвышении человека по его поступкам и деяниям, подразумевая тем самым как бы некоторую шкалу, плоскость, на которой можно возвыситься или пасть. В применении к этому говорят уже не об ошибке, сбое, промахе, а о проступке, преступлении.

Важно заметить, однако, что в реальности смысл даже отдельно взятой деятельности, как правило, нельзя ограничить рамками одного уровня. Его полная характеристика требует системного подхода и должна определяться соотношением нескольких уровней, так или иначе представленных в сознании. Для эгоцентриста могут существовать и групповые, и коллективистические, и даже общечеловеческие мотивы и смысловые отношения, только последние так или иначе, но постоянно уступают, «проигрывают» эгоцентрическому отношению, нередко постепенно теряя при этом реально переживаемое содержание и девальвируясь до простой декларации. Вновь подчеркнем, что смысловая динамическая система регулирует отношения внутри деятельности в особом плане — не в плане операционально-технической оптимизации процесса достижения мотива, а в плане согласования мотива и цели, цели и средств ее достижения с ценностной плоскостью личностного и — стоящего за личностным — общечеловеческого бытия.

Систематизируем, соотнесем между собой введенные понятия. Представим себе некоторое трехмерное пространство и не-

---

[2] Этот уровень ярко описывается следующими словами А. Н. Леонтьева, обращенными к молодежи: «Растите в себе чувство ответственности и беспокойства за общее дело, развивайте сознание своего долга перед обществом, человечеством даже. Привыкайте быть соучастником всех событий окружающего мира. Определяйте свое место в нем. Вершина сотворения себя, как говорил писатель, — вырасти «в человека Человечества». Желаю вам достичь этой вершины» (1983, с. 384).

оторый предмет, положение и форма которого определяются ремя координатами, тремя плоскостями этого пространства. сли считать такими плоскостями деятельность, или — более обобщенно — бытие человека, определяемое вслед за А. Н. Леонтьевым как система сменяющих друг друга деятельностей; начения или — обобщенно — культуру как систему значений, рограмм, образцов действия, норм и т. п.; и, наконец, смыслы как «значения значений», как динамические системы сознания, несущие пристрастные отношения человека к действительности, стержнем которых является нравственное сознание присущими ему уровнями, то личность можно представить как кий предмет, «тело», существующее в этих плоскостях и определяемое их координатами.

Понятны условность и рабочий характер такой аналогии, днако, приняв ее, мы сможем наглядно показать соотношение ассмотренных в данной главе основных понятий, каждое из оторых освещает разные аспекты развития личности. Деятельность, бытие отвечают в основном на вопросы о том, как и почему, обращение к плоскости культуры — на вопрос о том, для его, для каких целей, задач, достижения каких норм и образов происходит развитие, наконец, смысловая плоскость соотносится с вопросом о том, ради чего человек живет, ради чего существляются все эти «как», «почему», «для чего».

Каждая из этих плоскостей имеет и свои собственные параметры: говоря о деятельности, необходимо иметь в виду меру внутренней сложности, опосредствованности, широты связей т. п.; говоря о культуре — развитие и взаимосвязи значений, рограмм, образцов поведения, о восхождении рассматриваемых значений от житейских и разрозненных до научных и системных. Что касается смысловой плоскости, то выше уже шла ечь о ее уровнях, о борьбе двух основных векторов, один из оторых направлен к коллективному, общему, всеобщему, а другой, противоборствующий — к частному, прагматическому, эгоцентрическому. Для наглядности схематически изобразим это ипотетическое пространство (см. рис. 5).

Итак, понятно, что личность в целом — не проекция на одну акую-либо из представленных плоскостей, но системное образование, по-своему отражающееся в каждой из них[3]. Если же опытаться обозначить системообразующий принцип, то для процесса формирования личности таким принципом будет деятельность, точнее, деятельностное опосредствование (Асмолов и др., 1979; Петровский, 1981). Мы уже упоминали, что суть принципа деятельностного опосредствования заключается в производности личностных образований от реального бытия субъекта и, следовательно, — в необходимости при исследовании, воспита-

[3] Отсюда ход к типологии личностей, ведь, к примеру, на одной и той же бытийной, деятельностной основе могут возникать разные нравственно-ценностные построения или же развитая система значений сочетаться с низким смысловым, нравственно-ценностным уровнем (эгоцентризм, группоцентризм).

нии, коррекции личности выхода за рамки самих этих образований в мир деятельностей, их порождающих. Именно через совокупность деятельностей, через бытие человека происходит присвоение культуры, происходит то удвоение значений (появление субъективного значения данного объективного значения), которое и порождает личностные смыслы человеческого существования. Вне деятельности, не будучи освоенной деятельностью, культура выступает для человека лишь разрозненным и

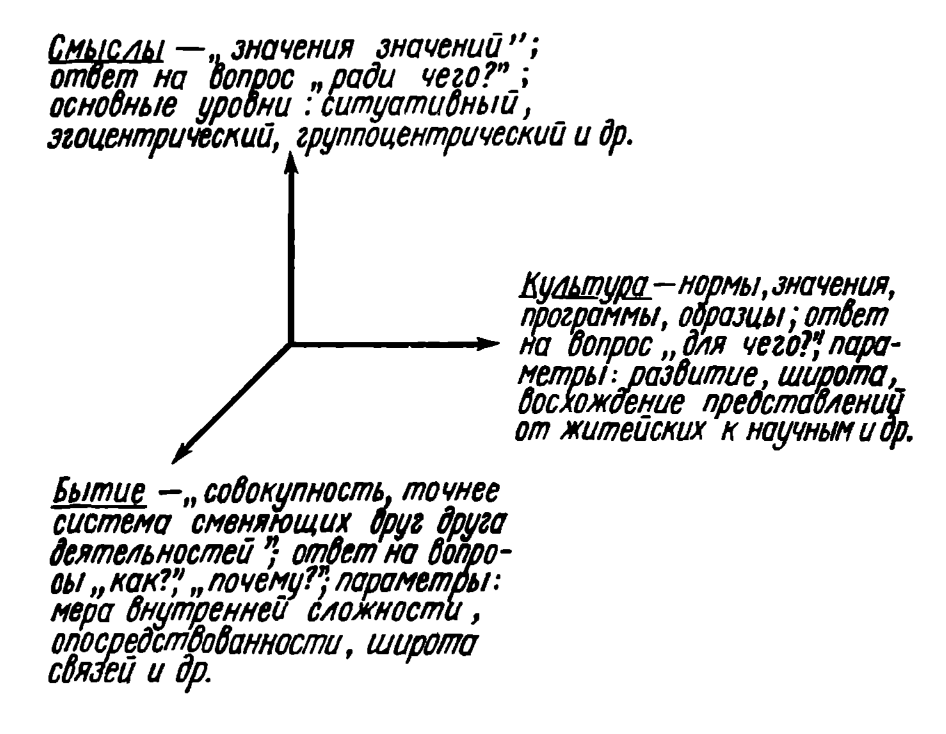


Рис. 5. Трехмерное пространство личности

отчужденным набором значений, правил, норм и т. п. Проходя же через деятельность, опосредствуясь деятельностью, эти значения приобретают смысл, порождают особый внутренний план — нравственное сознание с присущими ему уровнями и функциями.

Мир человеческой культуры предшествует личности и представляет собой неисчерпаемый источник возможностей, *депо смысловыражения*. Однако прежде чем стать смысловой, внутриличностной реальностью, значения должны быть опосредствованы деятельностью, пройти через жизнь, бытие человека, которое представляет собой бесконечное в своих возможностях *депо смыслопорождения*. Взаимозависимость всех этих трех плоскостей может быть выражена следующим образом: «Смысл есть прошедшее через жизнь (систему деятельностей) человека значение».

В заключении главы кратко затронем чрезвычайно важный для анализа раннего алкоголизма вопрос о роли биологического в изменениях личности. «Личность, — писал А. Н. Леонтьев, — есть *системное* и потому *«сверхчувственное»* качество,

хотя носителем этого качества является вполне чувственный, телесный индивид со всеми его прирожденными и приобретенными свойствами» (1983, с. 385). Как же могут соотноситься, взаимовлиять эти два качества: «сверхчувственное» и «чувственное», личностное и органическое, или — более широко — психологическое и биологическое?

Реальный ход изучения личности, ее нормального и аномального развития постоянно ставит вопрос о том, каким образом в каждом конкретном случае следует относиться к тем несочиненным влияниям, которые оказывают на психику пол, возраст, наследственность, болезни, особенности нервной организации — словом, все то, что относят к биологическому в человеке.

Собственно человеческая, сложно организованная психика может сформироваться и успешно функционировать лишь при определенных анатомо-физиологических предпосылках, лишь в весьма строгих диапазонах органических, если брать шире — биологических, еще шире — космобиологических условий существования, куда входят и содержание кислорода в крови, обеспечение питания мозга, и определенные солнечные излучения, и согласованная деятельность отделов нервной системы, и многое другое. Существует огромное количество этих параметров, звеньев и составляющих нашего телесного существования, живое взаимодействие которых обеспечивает необходимые для протекания психических процессов условия. В норме все системы организма находятся в устойчивом внутреннем равновесии, поддерживая постоянство диапазона условий, необходимых для продуктивной работы психического аппарата. Собственно степень здоровья человека и определяется запасом его «прочности», стойкости в отношении пагубных влияний, т. е. тем, насколько легко и надежно защитные силы организма компенсируют эти влияния, тем самым, в частности, не допуская искажения работы психики. Что же касается больных, то, как писал А. Л. Чижевский, их следует рассматривать как системы, находящиеся в состоянии неустойчивого равновесия. Здесь отсутствует или крайне мал запас «прочности» (здоровья) в отношении вредоносных воздействий: такие воздействия вовремя не гасятся, в результате чего общая неустойчивость еще более возрастает. Все это создает перебои, искажения основных физиологических условий протекания психических процессов, что не может не сказаться на их качестве.

Итак, психическое всегда действует, протекает, разворачивается в рамках определенных биологических (физиологических, организмических) условий. Для постоянства и «самостоятельности» логики развития психики (т. е. ее относительной независимости от перипетий жизнедеятельности организма) требуется сохранение необходимого диапазона этих условий. Нарушение внутреннего равновесия изменяет характер протекания психических функций, тем самым так или иначе влияя на эти функ-

ции. Причем надо ясно сознавать, что эти две реальности прямо не пересекаются, не переходят одна в другую. Первая представляет собой совокупность условий, а вторая — совокупность процессов, протекающих в этих условиях. Здоровье есть постоянство и оптимум этих условий, болезнь есть большее или меньшее их искажение. Особенно пагубными являются нарушения нервной системы, психические болезни. Рамки условий при неблагоприятном течении болезни здесь настолько суживаются, что образуют как бы сходящийся коридор, воронку. Это накладывает резкие ограничения на свободу психического развития и может создать впечатление, что биологическое непосредственно продуцирует ту или иную аномалию или дефект личности. Однако сами по себе эти рамки, сколь бы узкими и ограниченными они ни были, не формируют психики, не наполняют ее содержанием и смыслом. Они, повторяем вновь, составляют класс условий (благоприятных или аномальных), в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования личности.

Исходя из представленного подхода, задача выяснения влияния биологических особенностей на психику перестает быть только теоретической и отвлеченной, могущей удовлетвориться такими общими ответами, как ссылки на то, что человек-де есть биосоциальное существо, что надо диалектически учитывать те и другие стороны и т. п. Эта задача требует конкретных решений, а именно анализа того, как, по каким механизмам изменение тех или иных органических, физиологических параметров приводит к возникновению тех или иных особенностей хода развития психических процессов и как это может сказываться на личности человека, его реальной жизненной судьбе.

Таковы те основные общепсихологические предпосылки, которые будут исходными для дальнейшего анализа ранних форм алкоголизма.

ГЛАВА IV

ПСИХОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

1. ВНЕШНИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПОТРЕБНОСТИ В АЛКОГОЛЕ

Психологическую характеристику раннего алкоголизма необходимо начать с зарождения самой потребности в алкоголе. Лишь в этом случае мы можем получить представление о той «точке отсчета», с которой начинается сложный путь деформации личности.

Потребность в алкоголе прямо не входит в число естественных жизненных потребностей, как, например, потребность в кислороде или пище, и поэтому сам по себе алкоголь первоначально не имеет побудительной силы для человека. Потребность эта, как и многие другие потребности человека, появляется потому, что общество, во-первых, производит данный продукт и, во-вторых, «производит» и «воспроизводит» обычаи, формы, привычки и предрассудки, связанные с его потреблением. Если воспользоваться приведенной в предыдущей главе моделью, то понятно, что речь идет о той плоскости пространства личности, которая связана с культурой, со значениями, нормами, образцами поведения.

Алкоголь занимает (и это надо признать прямо) вполне определенное место в современном образе жизни и, следовательно, до сих пор остаются верными слова В. Португалова, сказанные еще в 1890 г.: «Существующая привычка к алкоголю порождает и в последующих поколениях преемственное расположение и путем подражания, переимчивости передается из поколения в поколение». Разумеется, эти привычки не присущи всем в одинаковой степени — существуют разные микросреды и соответственно разные микрокультурные традиции. В настоящее время опубликованы многочисленные работы (часть которых была проанализирована в первой главе), рассматривающие различные особенности микросреды и связанные с ними алкогольные обычаи. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1971), например, пользуясь в этом случае понятием «обычаи ближайшего окружения», отмечают, как и подавляющее большинство других авторов, существование определенной связи характера алкоголизации с этими обычаями, с влиянием микросоциальной среды. Достаточно общим, типичным можно признать и мнение Patrick (1952) о том, что употребление алкогольных напитков в группе или сообществе людей — главным образом явление

культуры и именно в свете культуры этого сообщества или группы оно может быть понято.

Итак, первое условие, предпосылка возникновения потребности в алкоголе, без учета которой не может обойтись психологический анализ, — это так называемые алкогольные обычаи. В самой общей форме их можно определить как исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение традиции и формы потребления спиртных напитков. Алкогольные обычаи выполняют при этом по крайней мере две социальные функции: во-первых, они выступают средством стабилизации существующих в данной среде форм потребления алкоголя и отношения к ним и, во-вторых, осуществляют воспроизводство этих отношений в жизни новых поколений.

Восприятие и постепенное усвоение алкогольных обычаев начинаются задолго до того, как у человека возникает собственно потребность в алкоголе, задолго даже до первого знакомства с самим алкоголем, его вкусом и действием. Уже маленький ребенок, сидящий за праздничным столом, ждет, что ему в рюмку нальют сладкой воды, «детского вина» и он под одобрительный гул гостей потянется чокаться со всеми, вновь и вновь усваивая при этом внешний ритуал винопития. Опыты, проведенные нами в старших группах детского сада, показали, что если детям предложить сыграть «в свадьбу», «день рождения», то они с достаточной точностью воспроизводят, копируют в игре внешние атрибуты взрослого застолья с имитацией чоканья бокалами, питья вина, тостов, качающейся походки «набравшихся» гостей и т. п. По данным А. И. Цаплина (1972), опросившего более 100 мальчиков одного из детских садов Перми, 97% из них могли верно описать свойства алкогольного опьянения. Уже в это время начинает формироваться представление об алкоголе как об особом, обязательном спутнике торжеств и встреч, притягательном символе взрослой жизни. В гл. I мы останавливались на исследованиях алкогольных установок у детей. Здесь же напомним, что к 11—12 годам у подростков формируются вполне стабильные стереотипы отношения к пьянству (Morton, 1977).

Примерно с такой внутренней преддиспозицией и происходят первые приобщения ребенка к алкоголю, инициаторами которых, как показывают приведенные в первой главе данные, часто являются родители[1]. Prendergast и Schaefer (1974) называют три механизма, через которые родители могут оказывать влияние на алкоголизацию детей: 1) родители как образцы; 2) родители как воспитатели; 3) родители как источники поддержки. По мнению этих авторов, семья, в которой чрезмерная выпивка подростков может быть предсказана, — это семья, где отец

---

[1] Причиной подобного поведения многих родителей А. М. Коровин в начале века (1909) считал глубоко укоренившиеся в народных массах благодушие и даже поощрительное отношение к алкоголю, к выпивке, а также невежество широких слоев населения относительно вреда алкоголя для детей. К сожалению, сегодня на это мало что можно возразить.

ет и где ребенок не чувствует себя под контролем, особенно со стороны матери, а чувствует себя отторгнутым отцом матерью и ощущает большое психологическое напряжение во взаимоотношениях с отцом. Согласно нашим данным, школьники, которым родители разрешали употреблять спиртные напитки взрослыми по праздникам, в несколько раз чаще, чем их сверстники, которым запрещали это делать, уже «выпивали» в компании друзей. Таким образом, непосредственное приобщение детей к алкогольным обычаям семьи является начальным, пусковым механизмом для их дальнейшего самостоятельного знакомства с алкоголем.

Однако личность человека не есть лишь сколок культуры, она не просто репродуцирует обычаи и традиции своей микросреды, но активно, деятельностно осваивает их, вырабатывает к ним свое смысловое отношение, обладает определенной внутренней свободой принять или отвергнуть их. Поэтому сам факт наличия алкогольных традиций при всей их статистически доказанной пагубности еще не есть исчерпывающая и единственная причина раннего пьянства, а лишь условие, предпосылка — хотя и очень важная — его появления. Иными словами, от описания внешних детерминант, связанных с культурными значениями, необходимо перейти к анализу других плоскостей развития личности.

2. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ПСИХИКУ

Итак, еще до первых значимых опытов знакомства с алкоголем у подростка образуется — в тесной зависимости прежде всего от семьи, микросреды — определенное представление об этом продукте, о его особом, как принято думать, эйфоризирующем действии. Первое знакомство с алкоголем происходит обычно в 10—12 лет за праздничным столом с родителями, либо в компании друзей. И это первое знакомство неожиданно оказывается совершенно не таким, часто резко контрастирующим с имеющимся до того представлением, преддиспозицией ребенка. Почти всегда первая алкоголизация воспринимается субъективно неприятно. Подростки отмечают «горький вкус» водки, жжение во рту, головокружение, тошноту и в ряде случаев рвоту даже от однократного приема небольших доз.

После такого, чаще дискомфортного, знакомства большинство подростков некоторое время избегает алкоголя. Однако от того, что субъективные ощущения от спиртных напитков явно не совпадают с усвоенными представлениями, традициями и предрассудками, последние не исчезают, но постоянно — особенно в отягощенной микросреде — представляют повод, становятся соблазном возобновить алкоголизацию. И уже в возрасте 13—14 лет в связи с какими-либо событиями (окончание восьмилетней школы, поступление в учебное заведение, праздники, дни рождения, свадьбы и т. п.) алкоголизация возобнов-

ляется, причем постепенно она начинает приобретать новое субъективное, психологическое содержание.

Для того чтобы понять, за счет чего возникает это новое психологическое содержание, что заставляет подростка, часто преодолевая естественное органическое неприятие, стремиться тем не менее к выпивке, необходимо подробнее рассмотреть возможности влияния алкоголя на психические, в том числе личностные, процессы.

Характер влияния алкоголя на организм человека давно и подробно изучен физиологами и медиками. Что касается подростков, то острое алкогольное отравление приводит, например, по данным В. И. Демченко (1980), к значительным изменениям деятельности сердечно-сосудистой системы, проявляющимся в побледнении кожных покровов, акроцианозе, тахикардии и приглушенности сердечных тонов. Характерным проявлением алкогольного отравления является многократная рвота. Даже единичное употребление небольших доз спиртных напитков сопровождается у подростков выраженными проявлениями интоксикации, особенно нервной системы. Наиболее тяжелые отравления наблюдаются у лиц с отягощенным анамнезом, на фоне органической церебральной недостаточности или сопутствующей соматической патологии.

Значительно менее однозначно можно описать характер влияния алкоголя на психику подростка. В целом клиническая картина выраженного опьянения подростка выглядит в большинстве случаев так: кратковременное возбуждение сменяется затем общим угнетением, оглушенностью, нарастающей сонливостью, вялостью, замедленной бессвязной речью, потерей ориентации. Если же обратиться к субъективным данным, к данным опросов, то при всей их некорректности (обычно одновременно опрашиваются и те, кто недавно познакомился со спиртным, и те, кто имеет определенный опыт алкоголизации; не всегда проверяется, верно ли понял опрашиваемый ребенок вопрос исследователя и т. п.) можно констатировать, что в субъективных переживаниях, особенно в самом начале знакомства с алкоголем, преобладающую роль играют отрицательные или безразличные ощущения. Из опрошенных Т. М. Богомоловой (1928) 605 школьников 6—16 лет во время употребления спиртных напитков у 41,1% отмечались неприятные и тяжелые соматопсихические ощущения, у 35,6 — безразличное состояние, у 23% — приятное состояние. По данным Михайлова (1930), после выпивки головная боль отмечалась у 61,2%, тошнота — у 8,4, рвота — у 14,8, подавленное состояние — у 3,6, слабость — у 12,4% опрошенных. На вопрос о самочувствии в опьянении И. Канкаровичем (1930) были получены у школьников следующие ответы: подъем настроения — 47,8%, безразличное настроение — 18,4, упадок настроения — 6,1, физическое недомогание — 27,6%. По данным В. Ф. Матвеева с соавторами (1979), при первых употреблениях алкоголя 53% подростков испытывали отвраще-

е, 33% — безразличие и лишь 24%, по их словам, получали довольствие. По нашим наблюдениям, как уже отмечалось, ервая алкоголизация почти всегда воспринимается субъективо неприятно.

Со временем, с увеличением «стажа» употребления алкоголя, бъективная картина, однако, разительно меняется. Более 90% рошенных нами подростков с двухгодичным и большим «стам» употребления считали, что опьянение сопровождается у ощущением прилива сил, чувством довольства, комфорта, ышением настроения, т. е. в высказываниях начинают появться те атрибуты психического состояния, которые обыденное знание часто приписывает действию алкоголя.

Разумеется, психофизиологический эффект действия алкого- не всегда однозначен и меняется в зависимости от возраста ющего, общего состояния организма, особенностей конституи и нервной системы. В целом же, однако, наиболее общая ема, как мы уже говорили, заключается в том, что обычно зникает возбуждение, подъем, вызванный борьбой организма поступившим ядом, затем возможно расслабление, угнетение, н. Все это сопровождается нарушением моторики, рассогласонностью движений, речевой расторможенностью.

Привлекательно ли для человека подобное психофизиологиское состояние, эта, по остроумному выражению М. П. Нина, игра на аварийных системах организма? Можно ли этим ъяснить субъективную тягу к алкоголю, даже если учитывать вление на пьющего соответствующих традиций и предрассудв? Очевидно, нет. Постепенно появляющаяся и могущая наратть привлекательность алкогольного опьянения, на наш взгляд, другом. Она кроется в той — по большей части неосознанй — психологической мотивации обращения к вину, в тех жениях и потребностях, которые человек пытается удовлетвоть с его помощью. Генетически первым и наиболее частым ляется здесь желание повеселиться, создать приподнятое нароение на свадьбе, дне рождения, встрече друзей, т. е. в слуях, в которых традиции винопития особенно прочны. Обычно аздника ждут, к нему заранее готовятся, определенным образм настраивают себя, принаряжаются, что само по себе соает ту особую атмосферу, которая и без вина делает челока возбужденным, приподнятым, радостным. Последующее инятие алкоголя, изменяя состояние организма и нервной системы, создает лишь особый, необычный психофизиологический он, на который мощно проецируются психологические ожидания, вся предшествующая психологическая подготовка к данному событию (Братусь, 1974). Для самого же человека этот механизм остается неосознанным, скрытым, что и порождает общепринятое представление об особых свойствах алкоголя.

Подобную проекцию можно усмотреть не только в употреблении алкоголя (как, впрочем, и некоторых других наркотических веществ). Сходные механизмы выявляются, в частности, в

многочисленных опытах с плацебо. Обычно они состоят в следующем. Некоторой однородной группе больных дается якобы одно и то же лекарство; на самом деле одной части больных дается действительно медицинский препарат, а другой — плацебо, «пустышка», т. е. таблетка, порошок такого же вида и вкуса, как соответствующее лекарство, но приготовленное из нейтрального, индифферентного для организма вещества. Как правило, эффекты действия в той и другой группе больных оказываются сходными. Причем, что важно, сходство эффектов значительно увеличивается, если больные активно общаются друг с другом, делятся соответствующими «симптомами» и т. п. Вообще терапевтический эффект лекарств неотделим от самовнушения, от множества неосознаваемых тенденций. Так, труднодоступное и всеми хвалимое лекарство действует всегда эффективнее, нежели общедоступное; одно и то же средство окажет разное действие в зависимости от того, кем оно будет прописано — авторитетным специалистом или рядовым врачом. К области внушения можно во многом отнести и старую рекомендацию опытных врачей (к сожалению, крайне редко теперь выполняемую на деле) не просто выписывать рецепт, назначать лекарства, но подробно рассказывать пациенту, когда и как оно будет действовать, т. е. подключать к фармакологическому действию механизм психологического ожидания.

Приведенные соображения, однако, могли бы служить лишь косвенным доказательством нашей гипотезы о психологических механизмах действия алкоголя. Для того чтобы получить подтверждения более прямые, необходимым был эксперимент, построенный, например, по следующему плану. В одном случае ввести в организм алкоголь, не предупреждая человека об этом, в другом — заранее сообщить о том, что будет введен именно алкоголь. Если эйфоризирующий эффект действительно присущ действию алкоголя, то и в первом, и во втором случаях не только физиологическая, но и поведенческая, эмоциональная реакции должны совпадать или по крайней мере быть сходными, однопорядковыми. Если же важную специфическую роль играет проекция психологического ожидания на психофизиологический фон опьянения, то поведенческие реакции должны быть существенно различными.

Необходимость углубленной оценки состояния функции печени и почек с помощью радионуклидных методов или микроциркуляции с помощью инфракрасной термографии заставляла нас в ряде случаев прибегать к этаноловым нагрузкам с введением, как обычно, 33° алкоголя. При этом одновременно с лабораторным тестом в одних случаях подростки предупреждались о характере инъекции, а в других она подавалась как «функциональная нагрузка». При подобном «анонимном» введении этанола через некоторое время появились жалобы на легкое возбуждение, повышение тонуса, сменяемые последующей релаксацией и сонливостью. Тем самым демонстрировалось

как бы прямое отражение соответствующих физиологических реакций, однако, что для нас принципиально важно, какого-либо отчетливого личностного, поведенческого компонента при этом не выявилось. Другая картина наблюдалась, когда подростка заранее предупреждали о характере инъекции, о том, что ему будет введен именно спирт. В этом случае в зависимости от «алкогольного анамнеза» подростка, привычек и стиля алкоголизации наблюдались соответствующие выраженные эмоциональные реакции — оживление, шуточки, комментарии и в дальнейшем демонстрировалась достаточно типичная поведенческая и речевая картина опьянения.

Таким образом, не алкоголь как таковой, не его взятое само по себе физиологическое действие, а прежде всего проекция психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения создает ту внутреннюю субъективную картину, которую человек начинает приписывать действию алкогольного напитка. Именно в этом «опредмечивании» первоначально содержательно неоформленного состояния и заключается то зерно, из которого вырастает психологическая привлекательность алкоголя. Отсюда начинается крайне опасный по своим жизненным последствиям и кардинальный для генеза пьянства процесс — все большая децентрация, искажение восприятия: человек начинает видеть главный источник привлекающего его состояния только в алкоголе.

По тем же принципам (проекция психологической преддиспозиции, актуальных в данный момент потребностей и ожиданий на определенный психофизиологический фон алкогольного опьянения, искажение в восприятии источников искомого состояния) возникают представления и о других «незаменимых» свойствах и функциях алкогольных напитков. Так, алкоголь употребляют не только в связи с радостными, но и в связи с печальными событиями, например на поминках. Причем характерно, что в последнем случае, как бы ни было сильно опьянение, люди, для которых утрата действительно тяжела, грустят, а не смеются; эйфория захмелевшего на поминках оценивается как неуважение к покойному и ссылки на опьянение не принимаются в расчет. Со временем диапазон субъективных причин употребления алкоголя становится все шире — пьют и «для храбрости», и «с обиды», и чтобы «поговорить по душам», и чтобы «расслабиться», и чтобы «взбодриться» и т. д.

Разумеется, данной гипотезой мы не хотим перечеркнуть роль собственно физиологического действия алкоголя. Алкоголь отчасти потому и приобрел такое место в человеческой культуре, что его действие создает столь удобный и в то же время быстро достигаемый фон для психологической проекции. Именно содержательная неопределенность, ненаполненность этого действия делают его универсальным средством достижения разных, подчас противоречивых по своим психологическим особенностям состояний. Из двух фаз опьянения — возбуждение и

угнетение — может быть выбрана, акцентуирована любая, и если первая создаст нужный фон для приподнятых, радостных событий, то вторая послужит основой для эмоциональных переживаний грустного толка. Кроме того, как справедливо подчеркивает Wüthrich (1974), фармакологическое, физиологическое воздействие алкоголя снижает способность к восприятию, уменьшает объем воспринимаемой информации, что позволяет пьющему человеку редуцировать комплексность, сложность возникающих проблем, с которыми он сталкивается.

Другой важный момент, который надо подчеркнуть в связи с нашей гипотезой, состоит в том, что субъективная картина, конечно, не создается одномоментным актом проекции психологического ожидания, актуальных потребностей на фон алкогольного опьянения. Картина эта всегда деятельностно опосредствована, она создается в ходе особой деятельности пьющего человека, которую можно назвать *иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельностью,* направленной на создание и поддержание искомого эмоционального состояния, особого «алкогольного», т. е. иллюзорного удовлетворения той или иной актуальной потребности.

Для того чтобы понять специфику этой деятельности, достаточно сравнить ее (в особенности у людей уже больных алкоголизмом) с деятельностью здорового человека. Возьмем, например, столь важную для каждого потребность в удовлетворяющей его самооценке. Здоровый человек обычно старается ставить перед собой те цели и задачи, достижение которых будет достаточно высоко оценено окружающими и им самим, что приведет к поддержанию и повышению его самооценки. Иной способ организации деятельности, направленной на поддержание самооценки, самоуважения, типичен для людей, злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом. Как правильно отмечает К. Г. Сурнов (1982), специально исследовавший этот вопрос, важнейшей особенностью алкогольного способа удовлетворения потребностей является подмена объективных результатов реально осуществляемых действий субъективными переживаниями, приблизительно схожими с теми субъективными переживаниями, которые испытывает здоровый человек, в ходе своей предметной деятельности реально осуществивший намеченные действия. Иначе говоря, если для здорового человека цели и мотивы его деятельности лежат по преимуществу в области объективных изменений объективного мира, то больной алкоголизмом сосредоточивает главное внимание на субъективных эмоциональных переживаниях, обычно сопровождающих предметную деятельность и ее результаты. Достигает же он этих желательных эмоциональных переживаний с помощью алкоголя, т. е. посредством не реальной, а иллюзорно-компенсаторной деятельности.

И наконец, последнее, что необходимо отметить: искомые субъективные состояния обычно не достигаются пьющим чело-

ском в одиночку. Иллюзорно-компенсаторная деятельность требует достаточно развернутого «разыгрывания» этих состояний, которое подразумевает компанию, собеседника, слушателя, зрителя. Клиницисты и патопсихологи знают, что привычное пьянство в одиночку обычно указывает либо на атипический характер процесса, отягощенность сопутствующими психическими нарушениями и болезнями, либо на крайнюю степень деградации. Поэтому корректнее говорить не о влиянии алкоголя на психические процессы, а о влиянии всего ритуала употребления алкоголя в той или иной компании.

Сказанное свидетельствует, на наш взгляд, о несостоятельности распространенных попыток объяснить психологическое пристрастие к вину лишь условнорефлекторной связью между событием (выпивкой) и подкреплением (появлением состояния эйфории). Человек ищет в вине значительно большего, чем состояние эйфории; «принцип удовольствия» слишком тривиален для объяснения столь распространенного и столь грозного по своим последствиям явления. Психологические причины здесь глубже: они кроются, во-первых, в тех возможностях (как уже говорилось, иллюзорных) удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения для длительно пьющего человека, «научившегося» опредмечивать в этом состоянии свои самые разные актуальные потребности и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь.

3. ПРЕДЫСТОРИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

Проведенный анализ оставляет пока открытыми вопросы о том, почему далеко не все, а лишь малая часть подростков, знакомых со вкусом алкоголя и так или иначе вовлекаемых в выпивки, встает на путь регулярного пьянства; почему не все, а лишь некоторые быстро и прочно усваивают нехитрую «психотехнику» иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельности, почему именно они, а не другие становятся ранними алкоголиками.

Для ответа на эти вопросы необходимо обратиться к возрастным особенностям детства и подростничества и сопоставить их с конкретными историями болезни, историями жизни спившихся подростков и юношей.

В третьей главе мы упоминали о понятии ведущей деятельности, развитие которой обусловливает и опосредует главнейшие изменения психологических особенностей личности на данном возрастном этапе. Согласно Д. Б. Эльконину (1971), ведущей для младшего школьного возраста — от 7 до 12 лет — является учебная деятельность, ведущей для младших подростков — от 12 до 15 лет — интимно-личностное общение, ведущей для старших подростков, юношей — от 15 до 17 лет — учебно-профессиональная деятельность. В. В. Давыдов считает

ведущей деятельностью подростка «общение в деятельности» (1974), в системе общественно обусловленных видов деятельности. Д. И. Фельдштейн (1980) называет ведущей для этого возраста общественно полезную деятельность. Что же касается социальной ситуации развития, то, по мнению Д. Б. Эльконина и А. Косаковского (1978), в младшем школьном возрасте она в основном определяется совместной со взрослыми деятельностью учения, а в подростковом возрасте — стремлением к самостоятельности, желанием быть в кругу сверстников. Л. И. Божович (1979) к социальной ситуации развития на первой фазе подросткового кризиса (12—14 лет) относит эмансипацию от взрослых, на второй фазе (15—17 лет) — определение своего места в жизни.

Остановимся подробнее на содержательной психологической характеристике детей этих возрастов.

В младшем школьном возрасте, по единодушному мнению психологов и педагогов, происходит активное усвоение норм и правил поведения. Однако поступки в этом возрасте зависят главным образом от внешних обстоятельств, авторитета и одобрения (или порицания) со стороны взрослых. Со временем, к третьему, четвертому классу в жизни ребенка все большее место начинают занимать сверстники, одноклассники. Возникают различные группки, которые нередко обмениваются своими представителями в зависимости от той или иной задачи, случая, игры. Часто ребенок за год меняет несколько таких групп, заведя многочисленные знакомства, но не дружбу в строгом смысле слова. В этом возрасте дружба скорее напоминает сотрудничество в каком-либо деле — моделировании самолета, игре или шалости. Кончается дело — кончается и сотрудничество. Таким образом, ребенок пробует себя в разных обстоятельствах и делах, знакомится со множеством микросоциальных ситуаций и отношений, с разными качествами вещей и их применением.

И вот здесь, когда ребенок столь удачно, казалось бы, приспособился к среде, наступает резкое изменение, скачок в психическом развитии, связанный с кризисом полового созревания. «Если в детские годы важнейшим источником духовной жизни человека является мир вещей, их суть, причинно-следственные связи и зависимости, то в годы отрочества перед ним открывается мир идей», — так определяет природу внутреннего переворота в подростке В. А. Сухомлинский (1971, с. 172). Действительно, все, что происходит вокруг — и большие события, и обычные житейские дела, сложившиеся отношения, на которые младший школьник не обращал внимания, — становится предметом раздумий, сопоставлений и противопоставлений, все подвергается внутренней оценке. Только теперь появляются психологические основания для подлинной дружбы, поскольку сверстник начинает интересовать уже не как хороший или плохой соучастник конкретного дела, а сам по себе, как самоценность,

как человек с определенными душевными, внутренними качествами.

Если, будучи младшим школьником, ребенок действовал чаще по указанию старших и ждал от них соответствующей оценки, то теперь для него основное значение приобретает выработка собственных принципов поведения и оценочных суждений. «Хочу быть самостоятельным и обходиться без чужих советов, — сознается мальчик 14 лет. — В жизни не всегда будет у тебя советчик. Пусть плохо и глупо, зато делаю как хочу» (цит. по: Крутецкий, 1976, с. 92).

По многим приведенным характеристикам подросток раскрывается нам как уже, несомненно, личность, вырабатывающая, осознающая и реализующая определенные принципы, свою межлюдскую позицию. Однако личность эта еще глубоко незрелая, во многом дисгармоничная. Сознание пока во многом оторвано от реальности, картина, образ мира, представления о людских взаимоотношениях, оценки своих и чужих поступков несоразмерны действительным отношениям людей. Подросток, например, часто судит по принципу «все или ничего», его внутреннее зрение носит как бы контрастный характер, не различая еще сложности мира, его полутонов и переходных ступеней. При всем стремлении к самостоятельности и взрослости, при всем внешнем упрямстве подросток нередко сам толком не знает, чего хочет, какие конкретные жизненные и нравственные цели желал бы достичь.

Следующий затем юношеский возраст во многом выравнивает проявления подростничества — как внешние (пропадает угловатость движений, резкость манер, ломкость голоса), так и внутренние, внутриличностные. Наступает время выбора профессии. Если большинство подростков толком не знают, чего хотят в жизни, кем будут, то юноши и девушки обычно могут не только назвать интересующую их профессию, но и достаточно конкретно обосновать свой выбор, рассказать о тех общих особенностях, трудностях, с которыми, возможно, придется столкнуться (Божович, 1968).

В пору юности «мир идей», поначалу резко отделенный подростком от «мира вещей», начинает все более пристально сопоставляться с реальной жизнью, поведением других людей, и, что главное для нравственного развития, со своим собственным поведением. Юноша как бы примеряет к себе то, о чем слышит, что видит вокруг: а как бы поступил я на этом месте, а смог бы, согласился ли? Если подростка легко увлечь внешним блеском, показной бравадой, самим по себе поступком без учета его последствий, то юноша уже видит слабости многих привлекательных для отрочества героев и может без труда развенчать их. Он уже не рубит с плеча: хороший — плохой, трус — смелый, а предварительно думает, сопоставляет и лишь затем помещает тот или иной поступок в значительно более сложную, чем у подростка, систему нравственных координат.

Юность не только делает более основательными моральные оценки и суждения, но привносит в нравственное сознание, смысловую сферу и качественно новые образования, среди которых едва ли не важнейшим является формирование нравственных идеалов. Подросток, тем паче школьник младших классов, чаще выбирает свой идеал личности непосредственно, стихийно, по первому яркому впечатлению, произведенному на него каким-либо конкретным человеком, и старается слепо, во всем — даже в манерах и одежде — подражать своему кумиру. В юности наблюдается качественно иное — человек начинает сам сознательно строить свой идеал. Его уже могут составлять не один, а несколько людей, олицетворяющих те или иные моральные качества. Однако и такая форма идеала отнюдь не конечная, а промежуточная ступень в образовании обобщенного идеала, т. е. «идеала, воплощенного в системе моральных требований, лишенных своего конкретного носителя» (Божович, 1968, с. 370). В дальнейшем, если эти идеалы проходят через реальную жизнь, начинают осуществляться, опосредоваться конкретными деятельностями субъекта, привносить конечный субъективный смысл в эти деятельности, то они становятся личностными ценностями, т. е. осознанными общими смысловыми образованиями (вспомним формулу: смысл есть прошедшее через жизнь субъекта, наполненное жизнью значение), наличие которых как бы венчает процесс формирования личности.

Сопоставим рассмотренные выше возрастные особенности развития личности с конкретными историями жизни спивающихся подростков, примеры которых даны в главе II.

Прежде всего, как неоднократно отмечалось, почти во всех случаях юношеского алкоголизма мы встречаемся с неблагополучной средой[2]: неполная семья, пьяница-отец, безнадзорность и т. п. Характерной чертой является в большинстве случаев «пьяный быт», наглядное восприятие ребенком с ранних лет традиций пьянства, вида и поведения пьяных как привычного, повседневного атрибута. Второе, что обращает на себя внимание — весьма нередкая у наших пациентов церебральная недостаточность, выраженная часто в достаточно стертой форме и обусловленная травмами головы, неблагоприятно протекающей беременностью («отец во время беременности бил мать» и т. п.), отягощенными родами и т. д. Эти два момента составляют важнейшие предпосылки юношеского алкоголизма: первый обусловливает содержание и раннее усвоение алкогольных обычаев, установок микросреды, второй обусловливает те особые, отягощенные по сравнению с нормой условия, в которых разворачиваются и формируются психические процессы.

---

[2] Это можно рассматривать, пожалуй, как одно из отличий психологического генеза раннего алкоголизма от более поздних форм болезни, возникающих в зрелом возрасте. В последнем случае неблагоприятная среда — отягощающая, но не обязательная предпосылка.

Тем не менее раннее и дошкольное детство этих детей проходит таким образом, что не вызывает острых опасений у общественности или воспитателей дошкольных учреждений. В анамнезах наших пациентов часто отмечается, что дети в это время были подвижны, охотно общались со сверстниками. Их ведущая деятельность обычно соответствовала возрасту: предметно-манипулятивная в раннем детстве и ролевая игра в дошкольном возрасте. Иногда, правда, отмечалась повышенная истощаемость или возбудимость таких детей в игре. Насколько можно судить по анамнезам и расспросам, порой бывает несколько измененным по сравнению с нормой и характер игр: в них больше присутствуют мотивы наказания, элементы жестокости, что прежде всего можно отнести за счет влияния микросреды, поскольку в игре ребенок во многом моделирует свое окружение.

С семи лет эти дети вместе со всеми идут в школу. Необходимо отметить, что вследствие семейного неблагополучия их подготовка к школе оказывается нередко недостаточной по сравнению с нормой: они менее приспособлены к учебе и школьным требованиям поведения. Тем не менее у них, как и у других их сверстников, формируется взамен игры новая — ведущая для данного возраста — учебная деятельность. Именно с ней связаны в этом возрасте основные психологические новообразования, в зависимости от ее хода формируются самооценка, самоуважение, тот или иной статус в классном коллективе.

Как уже отмечалось, многие из этих детей обладают часто невыраженной, стертой церебральной недостаточностью. Если такого рода дети попадают к психологу, то исследование обычно не обнаруживает у них явного снижения уровня обобщения или грубых нарушений памяти, могущих серьезно препятствовать успешной учебе. Их основные отличия от нормы обычно сводятся к тому, что они более утомляемы, более нетерпеливы, возбудимы и раздражительны, не способны к длительному сосредоточению внимания, к длительным психическим нагрузкам. Оказывается, однако, что им трудно учиться, что уже к младшему подростковому возрасту у них появляются трудности поведения, они могут становиться нарушителями спокойствия в классе, больше, чем другие, тянутся к уличным компаниям, имеют склонность рано приобщаться к алкоголю.

Было бы грубой методологической ошибкой называть связь между ослабленностью нервной системы и асоциальным поведением прямой, из нарушений нервной системы выводить асоциальную направленность и говорить, в частности, о прямом биологическом наследовании алкоголизма и асоциальности. Здесь уместно привести энергичные слова Л. С. Выготского, сказанные в свое время по поводу педологических диагнозов типа: ребенок аномален, потому что его отец — алкоголик. «Но какими бесчисленными связями, посредствующими звеньями, переходами связана эта причина с этим следствием... какая пустота зияет в истории развития, если исследователь прямо и непосредственно

сводит первое и последнее звенья длинной цепи, опуская все промежуточные звенья. Какая вульгаризация научного метода!» (1936, с. 18).

Вместе с тем не привели бы к успеху попытки игнорировать факт ослабления нервной системы, обусловленного теми или иными, в том числе и наследственными, причинами. Наконец, вряд ли прояснила бы картину и туманная апелляция к «биосоциальности» человека. Продуктивным, как мы пытались показать в предыдущей главе, является здесь анализ путей изменения личности ребенка на протяжении всего времени становления данного феномена со строгим разделением физиологических условий и собственно психологического процесса, протекающего в его рамках. Что касается наших пациентов, то здесь можно отметить по крайней мере следующие основные моменты.

По мере усложнения программы таким детям вследствие описанных нарушений работоспособности становится все труднее успевать в школе. Им оказывается не под силу высидеть и быть внимательными все 45 минут школьного урока, поскольку возможности их в этом плане реально ограничиваются 15—25 минутами. Им малодоступны и те объемы информации, которые требуется усвоить за один урок. Все это приводит к тому, что вторая половина (а то и две трети) урока проходит мимо ребенка, он становится невнимательным, отвлекается, ответы его на вопросы звучат невпопад, что вызывает осуждение и раздражение учителей, насмешки и порицания сверстников, у которых начинают формироваться определенные к нему отношения (когда одной девочке-второкласснице сказали о ее соученике, что он красивый мальчик, то она недоуменно воскликнула: «Да как же он может быть красивым, ведь он так плохо учится!»). Такому ребенку не под силу справиться и дома без организующей помощи взрослого (а подобная помощь в неблагополучной семье, как правило, отсутствует) с объемом заданных уроков, ибо эти объемы не учитывают ограниченности его возможностей. Отсюда недовольство родителей, обвинения в лени, глупости, нередкие наказания.

В результате важнейшие потребности ребенка этого возраста, тесно связанные с его ведущей учебной деятельностью,— потребность в одобрении взрослых, окружающих, родителей, сверстников, потребность в самоуважении — начинают фрустрироваться, постепенно создавая глубокий внутренний дискомфорт. Когда в ходе психологического исследования такого ребенка в возрасте 9—10 лет спрашивают, что бы он сделал, если бы был волшебником, то часто слышат ответ: сделал бы так, чтобы учиться на отлично, получать одни пятерки и т. п. Более благополучные сверстники обычно отвечают по-иному — чтобы был гоночный велосипед, чтобы все были счастливы и т. п.

Выходы из этого состояния могут быть различными и, к сожалению, далеко не всегда благополучными: иногда такой ребенок становится на время забитым, подобострастным, тихим,

иногда, напротив, стремится компенсировать недостатки учебы бравадой, дерзостью, выходками на уроке, иногда — ролью постоянного шута в классе, иногда, если позволяют физические силы, драками, иногда ранним приобщением к асоциальной компании, которую «во дворе все боятся», и другими подобными способами.

Помимо этого весьма распространенного направления существуют и другие варианты предыстории раннего алкоголизма, другие направления развития будущих молодых алкоголиков. Укажем здесь два из них. Во-первых, это дети с более выраженной резидуальной патологией, чем предыдущая группа, и дети-олигофрены, часто в легкой степени дебильности, которые вырастают в неблагополучных семьях и попадают в массовую школу. В массовой школе их истории в чем-то сходны с вышеописанными, с тем, однако, качественным отличием, что хроническое отставание в учебе вызвано не только повышенной утомляемостью, раздражительностью, нарушениями внимания и т. п., но и общим снижением интеллектуального уровня, сугубо конкретно-ситуационной структурой мышления (Зейгарник, 1962). Это ведет к принципиальной невозможности овладения уровнем и объемом общеобразовательной школы (один из таких наших пациентов с трудом окончил четыре класса, дублировал второй и трижды третий классы, в школе единственно привлекательным предметом считал физкультуру, особых конфликтов с учителями не имел, поскольку, по словам матери, «сидел тихо, слушал, а учить — ничего не учил и понимать — ничего не понимал»).

И последнее направление, которое необходимо отметить. Встречаются среди наших пациентов подростки, у которых не выявляется органической, пусть даже стертой, недостаточности и наследственной отягощенности (например, наблюдение 2 в гл. II). Однако все эти случаи, как правило, характеризуются выраженной так называемой педагогической запущенностью, отсутствием надзора, родительской помощи, заменой воспитания наказанием и т. п. И в этом случае, как и во всех остальных, ребенок остается без внимания и психологически грамотных воспитательных усилий и выходит на рубеж подросткового возраста отчужденным от школьного коллектива и ведущей учебной деятельности.

4. НАЧАЛО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

Кризис подросткового возраста может быть психологически представлен как переходное потребностное состояние, вызванное несоответствием операционально-технической и мотивационной сторон деятельности (см. гл. III). При нормальном развитии этот, как и другие возрастные кризисы, проявляется следующим образом: «Возникает, — пишет А. Н. Леонтьев, — открытое противоречие между образом жизни ребенка и его возможно-

стями, опередившими этот образ. В соответствии с этим деятельность перестраивается. Тем самым совершается переход к новой стадии развития его психической жизни» (1965, с. 503)

Что же касается рассмотренных нами случаев, то уже сам выход ребенка на рубеж подросткового возраста выглядит как аномальный. В младшем школьном возрасте отсутствует гармония между учебной деятельностью и возможностями трудного ребенка. Эти возможности (операционально-техническая сторона) оказываются ниже мотивов и потребностей, связываемых обычно с этой деятельностью; самолюбие ребенка постоянно ущемляется, соответствующие потребности фрустрируются. В результате ребенок оказывается психологически оторванным от школьного коллектива или занимающим в нем периферийное, отчужденное от большинства место. В работах М. А. Алемаскина (1968) и В. Д. Ануфриевой (1970) анализируется, например, положение «трудного» ребенка в системе классных отношений: проведенная социометрия обнаружила, что все «трудные» дети попали в число изолированных, т. е. не получили ни одного выбора товарищей. Эти же дети, как правило, оказываются не вовлеченными и во внешкольные организации, которые, к слову сказать, обычно ставят обязательным условием участия в них хорошие отметки, заведомо отсеивая тем самым трудных детей, т. е. тех, кому они больше всего нужны (как справедливо отмечает С. А. Беличева (1977), наличие других социально полезных и социально значимых дел, занятий и увлечений смогло бы компенсировать низкий престиж, возникающий в результате отставания в учебе). К этому добавляется неблагополучие в семье у большинства трудных детей, «пьяный быт», наглядное восприятие алкогольных обычаев. Важно отметить, что неблагополучное влияние семьи отнюдь не ограничивается привитием алкогольных установок. Так, по данным Л. М. Зюбина (1968), в семьях «трудных» детей в порядке вещей ссоры, конфликты, драки между родителями, применение тяжелых физических наказаний, в то время как в семьях благополучных школьников это единичные случаи. Тем самым уже в раннем детстве и младшем школьном возрасте на операциональном уровне воспринимаются и усваиваются разнообразные асоциальные формы поведения, например «выяснение отношений» как обязательная драка и т. п. (Е. Н. Голубева).

С этой преддиспозицией ребенок и подходит к кризису, к новому для него потребностному состоянию, которое подразумевает выбор новых мотивов, предметов деятельности.

Мы уже отмечали, что ведущими потребностями подросткового возраста являются потребности в общении, причем, как подчеркивает Д. Б. Эльконин, интимно-личностном общении, дружбе и потребность во взрослости, самостоятельности. Что касается сознания, то оно поглощено переходом из «мира вещей» в «мир идей», выработкой самостоятельных суждений об окружающем, своих принципов, своей позиции. Этим особенно-

тим и должны соответствовать те новые предметы, которые будут выбраны в качестве мотивов деятельности.

Наблюдения показывают, что именно с подросткового возраста наш контингент детей начинает злоупотреблять алкоголем. Причем в некоторых случаях буквально первые же опыты алкоголизации оценивались чрезвычайно высоко — как «новый стиль жизни», «счастливая находка». Можно ли считать на этом основании, что алкоголь становится тем предметом, на котором замыкается переходное потребностное состояние трудного подростка?

На наш взгляд, было бы ошибкой думать, что подросток, ввиду своего отягощенного психического развития, выбирает в качестве предмета новых потребностей собственно алкоголь. Как правило, выбирается не алкоголь, а компания, группа, в которой обязательным элементом общения, времяпрепровождения является выпивка. Эта компания, группа, которую в литературе называют по-разному — «уличной», «дворовой», «асоциальной» и т. п.— может быть однородной по возрасту или, но чаще, разнородной, с двумя-тремя старшими заводилами. Чем же привлекают наших пациентов эти группы, почему из широкого спектра предметов, отвечающих потребностному состоянию подростка (часто неосознанным желаниям личностного общения, самоутверждения, взрослости и т. п.), выбирается именно этот?

Главным здесь является то, что в «уличной» микросреде подросток с рассмотренной выше предысторией находит референтную группу себе подобных школьных «изгоев». Именно в этих группах и, к сожалению, нигде в другом месте наши будущие пациенты находят реальное поле самоутверждения, могут обрести, наконец, высокий статус, проникнуться самоуважением, чего они не в состоянии были сделать ни в школе, ни в своей семье, ни в какой-либо социально-приемлемой внешкольной деятельности. Группа, особенно сначала, кажется новичку полной демократизма, теплоты, спаянности, лишь позднее обнаруживая свою асоциальную направленность. Употребление же алкоголя занимает здесь всегда особое положение. Именно групповая выпивка нередко играет роль психологического рубежа, своеобразного посвящения в члены группы. Умение пить, «нести» как можно больше символизирует в группе взрослость, воспринимается как признак особой силы и мужественности, отличающей лидера и достойной уважения. В то же время потребление спиртных напитков требует денег, которых у подростков, только начинающих самостоятельную жизнь, либо нет, либо очень мало, что нередко толкает группу на первые выраженные асоциальные поступки.

Уже отмечалось (раздел 2 этой главы), что более 80% подростков при первых употреблениях алкоголя испытывают отвращение или безразличие, однако со временем субъективная картина значительно меняется и более 90% опрошенных нами

подростков с алкогольным опытом рассказывают о приятных ощущениях в состоянии опьянения. Этот скачок в восприятии в первую очередь связан с влиянием группы, всего ритуала выпивки. Характерным является «культивирование» эйфории опьянения, что достигается особой эмоциональной заражаемостью, предвосхищением, подъемом в период подготовки и ожидания выпивки, последующей проекцией этой психологической предиспозиции на состояние опьянения, коллективной взаимоиндукцией в процессе принятия спиртного. Для этих целей используются и громкая ритмическая музыка и порой различные медикаментозные средства, усиливающие оглушение. Все это способствует формированию сугубо группового характера потребления и формированию особой групповой психической зависимости (Строганов, Капанадзе, 1978).

Стиль алкоголизации, принятый в «алкогольной компании», начинает восприниматься как естественный и нормальный, окончательно формируя психологическую готовность к некритичному восприятию алкогольных обычаев. Алкоголизация становится все более частой. Обычной, само собой разумеющейся нормой поведения становится употребление спиртных напитков перед танцами, в выходные дни, при встрече с друзьями и т. д. Со временем обнаруживается и достаточно жесткая внутренняя структура группы с нередкими тенденциями к асоциальной деятельности, которая происходит под диктовку лидирующей части группы, куда порой входят лица, состоящие на учете в милиции, в инспекции по делам несовершеннолетних, ранее судимые. В результате вновь принятый член такой группы почти обречен на прохождение «обязательной программы», начинающейся с хулиганских действий в состоянии опьянения и приводов в милицию и заканчивающейся рецидивами доставки в медвытрезвитель и серьезными правонарушениями. Отмечается нередкая тенденция лидеров и более «опытных» членов малых подростковых групп спаивать в порядке самоутверждения абстинентов и новичков. Тем самым — и это очень важный вывод — алкоголизация вплетается в ткань асоциального поведения, становится его неизбежной составной частью.

С началом злоупотребления у подростков сразу же возникают конфликты в учебном заведении, на работе, в семье. Однако, как правило, в историях наших пациентов это противодействие микросреды ограничивалось либо мерами репрессивного характера (подросткам делались выговоры, порицания, применялись меры административного воздействия), либо их «пугали» последствиями алкоголизма, пагубными перспективами связи с «дурной компанией». Подобные меры, будучи негативными, не могли оградить подростка от «алкогольной компании», поскольку не сочетались с психологически обоснованными позитивными решениями, с предложениями такого социально-приемлемого стиля жизни, таких форм деятельности, в которых могли бы быть удовлетворены эмоциональные запросы и ожи-

дания подростка, его потребность в интимно-личностном общении, ощущении собственной значимости, силы и т. п. «Алкогольная» же компания, пусть в извращенной форме, но давала им все это, и в подобной ситуации сопротивление, а тем более репрессии лишь увеличивали внутреннюю сплоченность компании, отрезая или во всяком случае крайне затрудняя путь возвращения ее членов к благополучному детству.

Углубление конфликтных ситуаций приводит к тому, что подростки чаще всего легко и без сожаления прерывают учебу в школе, ПТУ, техникуме. Не удерживаются они долго и на одном месте работы, мотивируя уход (обычно скандальный) тем, что не нравится ранее привлекавшая специальность. Однако, если их устраивают на другую работу, история повторяется. Утрачивается не только определенность в вопросах профессиональной ориентации, но сама установка на трудовую деятельность. Работа начинает рассматриваться лишь как средство получения денег на алкоголь, а круг активной социальной жизни ограничивается проблемами и интересами «алкогольной компании».

С развитием алкоголизации «внешние» обычаи потребления спиртного как бы интериоризируются, становятся «внутренними» алкогольными установками, которые в свою очередь активно утверждают воспринятые некогда обычаи и способствуют их передаче следующим поколениям,— порочный круг замыкается. И чем моложе возраст начала злоупотребления, тем быстрее замыкается этот круг.

Все увеличивающееся злоупотребление неизбежно и скоро производит все более значительные изменения и нарушения в неокрепшем еще организме подростка. Знание и учет этих изменений являются, как было показано выше, необходимым элементом психологического анализа, поскольку очерчивают характер тех особых, сужающихся физиологических условий, в которых протекает формирование аномалий личности. Остановимся на этим изменениях.

5. ФОРМИРОВАНИЕ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

5.1. Динамика клинических проявлений раннего алкоголизма

Изначальная толерантность к алкоголю у подростка относительно невелика (75—100 мл водки), и чем моложе возраст, в котором произошло первое значимое опьянение, тем она меньше. С учащением алкоголизации до 2—3 раз в месяц (несистематическое частое потребление) толерантность начинает возрастать. Как справедливо отмечает Н. Е. Буторина с соавторами (1980), толерантность у подростков определяется не только дозой алкоголя: есть основания относить к изменениям толерантности и смену потребляемого вина на коктейли или на крепкие спиртные напитки.

Наблюдения показывают, что чем меньше изначальная толерантность, тем быстрее она возрастает при учащении алкоголизации. Если, однако, алкоголизация сменяется на 2—3 месяца полным воздержанием, то толерантность может понижаться до изначальной величины. Такая лабильность толерантности отмечается только на самых первых этапах, когда она не превышает 2—3-кратного увеличения. Утрата толерантностью лабильности, независимо от продолжительности периода воздержания, служит одним из начальных признаков изменения реактивности организма к алкоголю. Раннее изменение реактивности организма с быстрым нарастанием толерантности у подростков находили также Л. Я. Висневская и Е. А. Данилова (1978).

С увеличением толерантности до 4—5-кратного уровня относительно изначальной утрачиваются биологические защитные механизмы, при передозировках уже не возникает чувство отвращения по утрам, исчезает защитный рвотный рефлекс. Появление этих симптомов не оценивается должным образом подростками, имеющими перед собой в качестве примера потребления спиртного более «опытных» товарищей по компании, зачастую сформировавшихся алкоголиков. Вообще следование в русле порочных алкогольных обычаев изначально извращает формы опьянения, как бы прокладывая кратчайший путь от злоупотребления к болезни. У подростков из этой среды существует, например, убеждение, что пить надо кончать, только когда уже «отключишься» и «уже плохо», что оглушение является нормальным завершением застолья.

Все это нередко формирует своеобразный феномен «клиники до болезни» — появление симптомов алкоголизма до формирования собственно болезни, что происходит за счет индуцированных форм алкоголизации, подражания более «опытным» товарищам. Так, массивная регулярная алкоголизация с самого начала знакомства со спиртными напитками, обычай пить «до отруба» нередко изначально подавляют количественный контроль. Тем самым издавна существующий во «взрослой» клинике симптом потери контроля за количеством выпитого не всегда может быть применен здесь как критерий начала болезни, как клиническое проявление алкоголизма. Необходимо, следовательно, учитывать возможность подавления контроля с самого начала, когда он утрачивается, не успевая сформироваться. В тех же случаях, когда можно говорить об элементах количественного контроля, мы наблюдали два варианта: а) позитивный — алкоголизация продолжается до комфортного состояния («уже хорошо и больше не хочу»); б) негативный — до дискомфорта («уже плохо и больше не могу»). Второй вариант является прогностически менее благоприятным.

Возникающие амнезии при сопорозном и коматозном опьянении являются следствием нарушенного сознания. Постепенно и незаметно интоксикационные амнезии перерастают в истинно алкогольные амнезии, возникающие уже не обязательно от мак-

симальных доз спиртного и проявляющиеся в начале палимпсестами опьянения.

Быстро развиваются с началом злоупотребления явления астенизации. В структуре алкогольного астенического симптомокомплекса обычно представлены повышенная утомляемость, рассеянность, адинамия, снижение активности. Особенно рельефными становятся постинтоксикационные анимально-вегетативные сдвиги, характеризующиеся состояниями дискомфорта, ощущением жажды по утрам, головной болью, гипергидрозом при физическом напряжении, утренней анорексией. Для уменьшения этих проявлений, чтобы «взбодриться», «встряхнуться», подростки поначалу пьют крепкий чай, кофе, принимают душ и т. д. Затем самостоятельно или по совету старших, более «опытных» подростки достаточно быстро открывают для себя возможность приемом небольших доз спиртного снять на время его действия неприятные явления постинтоксикационного синдрома и алкогольной астении. Интоксикацию после алкогольного эксцесса трудно отличить от начальных проявлений абстиненции. Оба ряда симптомов тесно переплетены, лабильны.

Встречаются и такие случаи, попадающие под феномен «клиники до болезни», когда утренний прием небольших доз алкоголя наблюдается с самого начала алкоголизации как принятая в группе норма потребления. По словам одного из наших несовершеннолетних пациентов, «все наутро опохмеляются и ты пьешь... раз десять вырвет, а потом ничего, привыкаешь...». Понятно, что в подобных случаях бывает особенно трудно вычленить «индуцированные» формы алкоголизации, дающие картину «клиники до болезни», от проявлений собственно развернутой стадии заболевания, в которой абстинентный синдром играет центральную роль.

Несколько слов о характере абстинентного синдрома у несовершеннолетних. И. Л. Злотников с соавторами (1970) находят, что синдром похмелья у несовершеннолетних не столь резко выражен, как у взрослых, что отсутствуют его соматоневрологические компоненты. В клинической картине похмелья у молодых преобладает психотический компонент, чаще в форме депрессивного и депрессивно-параноидного синдрома. Л. Я. Висневская, Е. А. Данилова (1978) также находят абстинентный синдром у подростков клинически менее очерченным, однако считают, что он характеризуется в основном соматовегетативными расстройствами. З. Н. Болотова с соавторами (1980) отмечают, напротив, значительную выраженность похмельной симптоматики, уподобляя ее «вегетативной буре», возникающей быстрее и ярче, чем при классическом развитии болезни. Значительную выраженность абстинентного синдрома у подростков авторы связывают с употреблением больших доз ординарных алкогольных напитков, сочетанием их приема со снотворными, антигистаминными и наркотическими веществами, а также суррогатами. Отмечен феномен «превентивного опохмеления» —

[illegible] ной цели) (опять же следуя примерам [illegible] отношения во время выпивки. По-видимому, [illegible] впечатление «вегетативной бури» [illegible] у подростков создается наслоением выраженного [illegible] синдрома.

[illegible] наблюдениях в структуре истинного абстинентного [illegible] на первый план выступали в основном астено-адинамические состояния, снижение активности, вялость, подавленное настроение, мерцающая соматовегетативная симптоматика: дискомфорт, жажда, головные боли, гипергидроз, анорексия.

Некоторые из юношей, опять-таки усваивая стиль алкоголизации, принятый в компании, рано знакомятся с различными суррогатами алкоголя, пробуют пить одеколон, духи, зубной эликсир, зубную пасту, лосьон и др. М. А. Чалисов с соавторами (1973) также отмечают легкость, с которой подростки при отсутствии вина или водки могут прибегать к употреблению суррогатов. Нередко можно встретить употребление с алкоголем различных лекарственных препаратов, углубляющих и усиливающих оглушение в опьянении. Частое сочетание ранней алкоголизации со злоупотреблением лекарственными препаратами, суррогатами этанола, средствами бытовой химии есть проявление изначального подросткового полинаркотизма (Пятницкая, 1967). Особенно рельефно актуализируется повышенная токсикоманическая готовность у подростков в условиях социальной депривации с лишением алкоголя.

У молодых людей, страдающих алкоголизмом, рано обнаруживаются признаки энцефалопатии, причем в случаях злокачественного течения вплоть до прогрессирующего фронтального синдрома, обусловленного атрофическими процессами в лобной доле. Органическая симптоматика проявляется обычно после 3—4 лет пьянства. Наряду с этим возникает подкорково-стволовый синдром: негрубая акинезия, склонность к опистотонусу, появление негрубых гиперкинезов стволово-подкоркового типа в сочетании с нарушением тонусных механизмов, парез вертикального взора и конвергенции, горизонтальный нистагм, круциатный тип рефлексов, нарушение статики и координации (Пятницкая, 1975; Ураков, Куликов, 1977).

Столь серьезные и столь быстро по сравнению со взрослыми возникающие нарушения не являются, конечно, случайными. Известно, что уже сам по себе пубертатный возраст характеризуется признаками измененной реактивности, чертами нервной лабильности и является периодом массивных эндокринных перестроек, осуществляющихся на диэнцефально-гипофизарном уровне. Понятно поэтому, что хроническая интоксикация в этом возрасте оказывается столь пагубной и злокачественной.

Особенности развития алкоголизации у подростков могут быть отражены в четырех основных клинических механизмах (Сидоров, 1977).

1. *«Механизм индукции».* На первом этапе формирования

алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов зависимости, утраты контроля, форм потребления (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя) и форм опьянения. Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет подростковых реакций группирования и имитации.

2. *«Механизм стимуляции»*. Часто преморбидная патологическая отягощенность у подростков «угрожаемого» контингента (будь то органическая церебральная недостаточность или личностные изменения) имела астено-апатический и астено-депрессивный радикал. У этой группы несовершеннолетних алкоголь на короткое время давал бодрость, активность. После употребления спиртного они становились общительнее, решительнее, увереннее, легко отвлекались от неприятных переживаний. Подростки заявляли, что пьют, «чтобы забыть неприятности», «поднять тонус», «для храбрости», «снять напряжение», «восстановить силы». Учитывая, что ранняя алкоголизация очень быстро приводит к астенизации личности, описанный механизм можно считать общим для рассматриваемого контингента.

3. *«Механизм деформации»*. Большинство представителей «угрожаемого» контингента не имели нормального семейного воспитания. У них рано утрачивался интерес к учебе, что приводило к несформированности у подростков общественной активности и социально значимых установок, к сужению круга и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и т. п. Складывалась «алкогольная личность до болезни» (Нелидов, 1978), слепо и некритично воспринимающая взгляды и нормы «алкогольной группы».

4. *«Механизм срыва реактивности»*. Значительная органическая перегруженность преморбида «угрожаемого» контингента создавала предпосылки к быстрому разрушению, срыву биологических защитных механизмов (рвотного рефлекса и др.) уже при повышении толерантности в 2—3 раза относительно изначальной, возникновению амнестических форм опьянения, извращению характера опьянения с грубой агрессивностью, злобностью, расторможенностью влечений, ускоренному формированию признаков физической зависимости и астенизации.

Описанные механизмы в определенной последовательности обнаруживаются на различных этапах алкоголизации и алкоголизма: I этап — личностные изменения в направлении готовности к асоциальным формам поведения («механизм деформации»); II этап — формирование алкогольного стиля жизни с началом алкоголизации («механизм индукции»); III этап — лавинообразное развитие клиники заболевания с началом регулярного потребления алкоголя («механизм стимуляции») и формирование наркоманической зависимости («механизм срыва реактивности»).

Возможны и иные подходы к периодизации алкоголизации у подростков. Так, В. В. Макаров (1981) выделяет четыре этапа в динамике развития алкоголизма у подростков: начальной адаптации к алкоголю (1), этап усвоения стереотипов алкогольного поведения (2), этап психической зависимости от алкоголя (3), этап физической зависимости (4).

Нами разработана прогностическая шкала для оценки степени риска развития раннего алкоголизма. В ней указываются признаки алкоголизма и средние сроки их появления (в месяцах от момента первого значимого опьянения):

1) постинтоксикационный синдром . .	12,4±1,6
2) частое потребление алкоголя (2—3 раза в месяц)	12,8±2,0
3) начало противодействия микросоциальной среды	13,5±2,6
4) утрата значения противодействия микросоциальной среды	14,2±6,5
5) исчезновение чувства отвращения при передозировке	16,7±5,5
6) палимпсесты опьянения	19,0±4,9
7) одиночное пьянство	19,4±5,9
8) исчезновение защитного рвотного рефлекса	23,1±5,1
9) регулярное потребление алкоголя . . .	23,8±5,3

Обнаружение этих симптомов уже свидетельствует о начальных проявлениях алкоголизма, выявление же их в приведенные средние сроки — свидетельство развития именно раннего алкоголизма. Совпадение по каждому из пунктов дает прирост вероятности развития алкоголизма в 1 балл. Максимальная вероятность в 9 баллов говорит о полном совпадении динамики симптомообразования у конкретного подростка с патокинетикой при раннем алкоголизме. Другими словами, с помощью такой шкалы можно выделить среди массы «трудных» подростков «угрожаемый» именно в наркологическом плане контингент, идущий «по графику» симптомообразования раннего алкоголизма.

Вероятность развития алкоголизма I стадии у подростков, состоящих на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних в связи с употреблением спиртных напитков, составляет, по нашим данным, 1:20, т. е. заболевание развивается у каждого двадцатого. Вероятность развития алкоголизма II стадии у подростков с I стадией составляет 1:6.

Нами уже неоднократно отмечалась злокачественность раннего алкоголизма. Какие же клинические признаки ее составляют? Обобщая и систематизируя наш материал, можно выделить следующие конкретные признаки:

1. Раннее начало алкоголизации в асоциальной подростковой среде. Некритичное, терпимое или откровенно снисходительное отношение к употреблению спиртных напитков в семье.

2. Своеобразие алкогольного опьянения у подростков, про-

являющегося кратковременной эйфорией, быстрым наступлением депрессивно-злобного аффекта, психомоторным возбуждением, различной глубиной выключения сознания.

3. Групповой характер и взаимоиндукция в развитии основных проявлений алкоголизма.

4. В начальной стадии алкоголизма сохраняется лабильность уровня толерантности, проявляющаяся ее снижением при воздержании, что, видимо, свидетельствует о сохранности компенсаторных механизмов.

5. Высокая «социально-нравственная» толерантность к пьянству в силу злоупотребления спиртными напитками в семье и в компании, что приводит к быстрой утрате значения противодействия микросоциальной среды.

6. Резкое ограничение круга активной социальной жизни проблемами и интересами «алкогольной» компании, учащение и утяжеление криминогенных форм поведения в опьянении. Алкоголизация вплетается в единый спектр асоциального поведения, являясь его неизбежной составной частью.

7. Отсутствие контроля за количеством потребляемого алкоголя в подростково-юношеском возрасте не всегда можно отнести к клиническим проявлениям алкоголизма. Количественный контроль вырабатывается у обследованных нами подростков в среднем через 15—18 месяцев от первого значимого опьянения на этапе частого потребления алкоголя. Необходимо также учитывать возможность изначального подавления контроля, когда он утрачивается, не успев сформироваться. В среднем у 60—65% больных ранним алкоголизмом отмечалось с самого начала отсутствие количественного контроля.

8. Утрата ситуационного контроля происходит одновременно с утратой количественного контроля, иллюстрируя злокачественность раннего алкоголизма и во многом отражая педагогическую несостоятельность, а часто асоциальность микросоциальной среды подростка.

9. Ранние попытки утреннего приема спиртного в алкогольной компании («индуцированный абстинентный синдром»), потенцирующие биологические механизмы формирования физической зависимости.

10. Частое сочетание ранней алкоголизации со злоупотреблением лекарственными препаратами, суррогатами этанола, средствами бытовой химии, что является проявлением изначального подросткового полинаркотизма (Пятницкая, 1967).

11. Употребление ординарных крепких спиртных напитков и прием алкоголя в больших дозах, приводящих к сопорозным и коматозным опьянениям, подавляющим биологические защитные механизмы, количественный и ситуационный контроль.

Еще большим своеобразием характеризуется клиническая картина алкоголизма у девочек-подростков. И хотя в данной работе мы не касаемся собственно психологических причин и путей формирования раннего женского алкоголизма (об этом речь

пойдет в следующих публикациях), необходимо все-таки, ввиду важности вопроса, хотя бы в самых общих чертах остановиться на клинических аспектах этой проблемы.

5.2. Некоторые особенности раннего женского алкоголизма[3]

Клинический материал позволяет нам выделить ряд типов стиля алкоголизации у девочек-подростков в зависимости от особенностей микросоциального окружения.

I тип. Употребление алкоголя в группе лиц мужского пола

1-й вариант. Совместная алкоголизация со сверстниками-мальчиками. В подобных группах девочки отдают предпочтение «мужскому статусу». Копируется мужской подростковый стиль алкоголизации.

2-й вариант. Употребление алкоголя может происходить под влиянием пьющего мужчины. В данном случае стиль алкоголизации будет иметь отпечаток алкоголизма мужского (взрослого) типа.

В обоих случаях формирование мужского стиля алкоголизации происходит по «механизму индукции». Заболевание протекает злокачественно.

II тип. Алкоголизация в кругу лиц женского пола

1-й вариант. Употребление алкоголя в кругу сверстниц. Заболевание протекает относительно доброкачественно. Алкоголь употребляется ситуационно — перед танцами и т. д. Характерно употребление слабых спиртных напитков в небольших дозах, до легкой степени опьянения. Симптоматика заболевания развивается медленно. Свойственно критическое отношение к своему состоянию и ситуации.

2-й вариант. Употребление алкоголя под влиянием пьющих женщин. Заболевание протекает злокачественно. Моделью является алкоголизация взрослого пьющего человека. Употребление алкоголя с самого начала несет «маску» клинических признаков алкоголизма. Употребляются крепкие спиртные напитки в больших дозах, близких к пороговой (интоксикационной), до выраженной степени опьянения. Наиболее злокачественное течение заболевания наблюдается в случаях, когда партнером девочки-подростка является женщина, больная алкоголизмом. Пьянство носит скрытый характер. Характерны запои, сначала короткие, прерывающиеся из-за непереносимости организмом алкоголя, затем все более продолжительные. Подобное «партнерство» опасно еще и растлевающим влиянием женщины, больной алкоголизмом.

При рассмотренных стилях алкоголизации в становлении заболевания преобладают механизмы «индукции» и «деформации».

---

[3] В написании раздела принимал участие Н. Е. Лушев.

III тип. Одиночное пьянство девочки-подростка

Подобный тип употребления алкоголя наблюдается преимущественно у лиц с акцентуациями или психопатическим развитием шизоидного типа. Алкоголь употребляется для облегчения контактов, коррекции таких черт характера, как, например, застенчивость, а также для дезактуализации конфликта, уменьшения отрицательного эмоционального воздействия психотравмирующих ситуаций.

Употребление алкоголя очень быстро приобретает постоянный характер с переходом в запойный. Алкоголь употребляется в одиночку, в больших дозах, до тяжелой степени опьянения. Конфликты, возникающие вследствие алкоголизации, вызывают лишь более частое и массивное употребление алкоголя. Заболевание протекает злокачественно. Становление заболевания происходит по механизмам «срыва реактивности» и «стимуляции».

Представляется возможным выделить два типа мотивации алкоголизации у девочек-подростков: *адаптивный* и *неадаптивный.*

Адаптивный тип

Используют алкоголь для адаптации в микросоциальной среде, для того чтобы войти в группу и удержаться в ней. Употребление алкоголя является необходимым атрибутом общения в данной референтной группе.

а) Преморбидные особенности. Преобладают лица с психопатическими чертами характера, с гипертимным, истероидным, неустойчивым, конформными радикалами преморбида.

б) Психологические особенности. Характерна неуравновешенность, склонность к аффективным вспышкам. Проявляют стойкость в стрессовых ситуациях. Уделяют много внимания вопросам престижа. Им свойственна повышенная самооценка. Следят за своей внешностью, склонны переоценивать значение для женщины внешней привлекательности. Охотно входят в состав группировок мальчиков-подростков. Избегают быть членами малых коллективов сверстниц. Умеют постоять за себя. Способны к сопереживанию.

в) Проявления алкоголизма. Алкоголизация носит ситуационный характер. Алкоголь употребляется в «своем» кругу по разным поводам — перед танцами, при встрече с друзьями и т. д. Употребляются небольшие дозы алкоголя, до состояния эйфории. Влечение к алкоголю длительное время носит обсессивный характер. Компульсивность появляется через год и более после появления признаков начальной стадии алкоголизма. Количественный и ситуационный контроль сохраняется продолжительное время. Эти девочки-подростки попадают в милицию и ставятся на учет вследствие нарушения общественной и трудовой дисциплины, а не злоупотребления алкоголем. Употребляются слабые алкогольные напитки, преимущественно вино. Для возникновения абстиненции необходим длительный — 2—3 года — пе-

риод злоупотребления. Состояние абстиненции протекает в легкой форме. Для купирования достаточно неспецифических средств. Употребление алкоголя наутро, «похмеление» несвойственно и носит подражательный характер. Соматический компонент выражен слабо. В структуре психического компонента — вялость, безразличие, истерические реакции. В состоянии опьянения наблюдаются преобладание расторможенности психических функций над угнетением, эйфория, манерность. Толерантность к алкоголю увеличивается медленно. Возрастание толерантности в 2—3 раза по сравнению с начальной происходит за 2—3 года систематического злоупотребления. Пьянство носит перемежающий или постоянный характер.

Нарастает сексуальная расторможенность. Р. Г. Илешева (1978) отметила девиации сексуального поведения при ранней алкоголизации у девочек-подростков, характеризующиеся множественными половыми связями, иногда с грубым расторможением внешних проявлений сексуального влечения при недоразвитости или отсутствии истинного полового чувства. Беспорядочная смена партнеров, пассивное подчинение в состоянии опьянения намного более старшим мужчинам нередко сопровождались астенией, лабильностью эмоций то в виде приподнятости настроения, то, наоборот, подавленности с преходящим чувством вины. Вместе с тем девочки-подростки тщательно следят за своей внешностью, стараются выглядеть привлекательными с сохранением чувства меры.

Рано, уже на этапе начальных проявлений алкоголизма, наступает социальная дезадаптация. Девочки-подростки бросают учебу, часто меняют место работы, проявляют безразличие к своему будущему. Поведение определяется сиюминутными интересами.

Наблюдается употребление наркотиков и токсических веществ, но степени наркомании или токсикомании не достигается. Наркотики и токсические вещества используются для поддержания авторитета, самоутверждения в группе. Употребление носит эпизодический характер, на уровне наркотизма.

Неадаптивный тип мотивации алкоголизации

Девочки-подростки используют алкоголь для уменьшения отрицательного эмоционального воздействия психотравмирующей ситуации. Алкоголь употребляется «с горя», «чтобы забыться» и служит средством ухода от конфликта. Ликвидации конфликта, адаптации в сложившейся ситуации не происходит, дезадаптация углубляется. Способ реагирования на конфликт алкоголизацией закрепляется и становится привычным.

а) Преморбидные особенности. Лица с акцентуированными чертами характера преимущественно эпилептоидного и шизоидного типа.

б) Психологические особенности. Этим девочкам-подросткам свойственны необщительность, замкнутость, дефицит интуиции.

Они не пользуются большим авторитетом у сверстников. Не выделяются ни внешностью, ни успехами в учебе. Предпочитают малые группы сверстниц с примерно равными внешними и умственными данными. Характерна критичная, реже заниженная самооценка.

в) Проявления алкоголизма. Алкоголь употребляется для «снятия напряжения», «чтобы забыться», обычно после каких-либо психотравмирующих ситуаций. Употребление алкоголя происходит или в узком кругу (1—2 подруги) или в одиночку. Используются крепкие спиртные напитки. Алкоголь потребляется в больших дозах, близких к пороговым. При одиночном пьянстве степень опьянения может быть средней или даже тяжелой. От эпизодического употребления алкоголя быстро — за 3—4 месяца — происходит переход к систематическому. И уже через год после начала употребления алкоголя можно наблюдать запойное пьянство. В эти же сроки появляется компульсивное влечение. Рано утрачиваются количественный и ситуационный контроль. Уже в первый год употребления алкоголя девочки-подростки нередко попадают в милицию и медицинский вытрезвитель, будучи подобранными на улице в тяжелой степени опьянения. Быстро утрачивается чувство стыда за свое поведение, появляются нарушения общественной и трудовой дисциплины. Состояние абстиненции возникает через 1—1,5 года после начала систематического употребления алкогольных напитков. В структуре абстинентного синдрома ярко выражен соматический компонент, который представлен жаждой, утренней анорексией, диспептическими расстройствами. Психический компонент характеризуется состоянием дискомфорта, астенией. В состоянии опьянения наблюдаются резкие колебания настроения, агрессивность. Возрастание толерантности в 2—3 раза по сравнению с начальной происходит за 1—1,5 года систематического употребления алкоголя перемежающегося или запойного типа.

Злоупотребление алкоголем сказывается усилением пассивности, инертности, снижением интереса к общению; сфера общения представляет собой узкий круг доверенных лиц, нарастает безразличие к своему будущему, снижается интерес к проблемам престижа, состояние пониженного настроения может сменяться агрессивными вспышками.

Однако длительное время сохраняется стремление не иметь конфликтов с органами правопорядка, в сфере производства. Характерно желание скрыть от окружающих злоупотребление — алкоголь употребляется тайком. Социальная дезадаптация становится проблемой в период развернутой стадии заболевания.

Могут употребляться наркотики и токсические вещества. Употребление их может достигать степени наркомании. Характерно использование больших доз, вплоть до отравления тяжелой степени.

На основании наших наблюдений можно выделить два наиболее рельефных варианта развития ранних форм женского ал-

коголизма. Эти варианты коррелируют со следующими преморбидными морфоконституциональными типами, которые в качестве специфических условий формирования психических процессов (см. гл. III) влияют на характер течения алкоголизма.

Инфантильно-феминный морфоконституциональный тип. Традиционный набор типично женских характерологических особенностей отмечен у этих девочек-подростков чертами детскости, незрелости, поверхностности суждений и амбивалентности установочной сферы, выраженной эмоционально-волевой неустойчивостью и быстрой истощаемостью внимания, интолерантностью к психотравмирующим ситуациям и уходом от ответственных решений, крайней несамостоятельностью и конформностью. Алкоголизация для них является эмоциогенным и коммуникативным фактором. В группе выполняют пассивные роли. Алкоголизация развивается по механизму групповой взаимозависимости.

Феминно-мускулинный морфоконституциональный тип. Такие девочки-подростки ориентированы на мужской стереотип поведения, по манере держаться и одеваться, по профессиональной ориентации напоминают мальчиков-подростков. Отмечается дефицит чисто женских форм эмоционального реагирования и поведения, с нарочитой грубостью, резкостью, агрессивностью, негативизмом, стремлением группироваться в мужской взрослой среде, с ориентацией на роль «своего парня». Течение алкоголизма отличается прогредиентностью.

Таким образом, особенности алкоголизации девочек-подростков уже во многом предопределяют злокачественность раннего женского алкоголизма.

5.3. Течение раннего алкоголизма

Проведенный нами (Сидоров, 1983) количественный анализ динамики симптомообразования позволяет выделить два варианта течения раннего алкоголизма, скрытые в качественно однородной картине той или иной стадии заболевания. Каждый из них имеет свою собственную патопластику. В первом случае патологический процесс завершается формированием синдромов измененной реактивности и психической зависимости, а во втором — формируется и синдром физической зависимости. «Глубина» развития алкоголизма по первому и второму вариантам задается исходным «качеством» преморбида. Так, у больных с I стадией алкоголизма, среди которых у половины симптомообразование приостановилось по меньшей мере почти на год (первый вариант развития болезни), достоверно меньше (в 2 раза) было подростков с черепно-мозговыми травмами, гепатитом в анамнезе, психопатизацией личности, резидуально-органической церебральной недостаточностью.

У подростков с первым вариантом развития раннего алкоголизма критический период лавинообразного симптомообразо

ания приходился на 22—26 месяцы алкогольного стажа (от момента первого значимого опьянения), при втором варианте — а 30—40 месяцы.

Время от первого значимого опьянения до вспышки лавинообразного симптомообразования (до критического периода) характеризует продолжительность защитно-компенсаторного синдрома, содержанием которого является комплекс реакций различного уровня, обеспечивающих приспособление, адаптацию организма к возрастающим дозам спиртного и учащающейся алкоголизации. Когда исчерпаны компенсаторные возможности организма, возникает «срыв реактивности», о чем свидетельствует урный взрыв симптомообразования.

Выделенный синдром может быть прослежен на ряде уровней: а) *клинически* он представлен появлением количественного ситуационного контроля, защитной рвотной реакцией и чувством отвращения при передозировке, противодействием микросоциальной среды, преобладанием дискомфортных форм опьянения у подростков, повышением толерантности, постинтоксикационным синдромом; б) *функционально* он характеризуется ускорением поглотительно-выделительной функции печени (Колуев, 1980) и секреторно-экскреторной функции почек (Сидоров др., 1983); в) *метаболически* синдром представлен индукцией начале алкоголизма активности ферментов, окисляющих этал (Кершенгольц, 1980); г) *морфологически* он характеризует алкогольной адаптивной гепатомегалией (Мухин, 1980), увеличением числа двуядерных гепатоцитов (Борисов и др., 1983), пертрофией гладкого эндоплазматического ретикулума печени; в мозге отмечаются укрупнение ядрышка нейронов, смещение его к периферии ядра, утолщение ядерной оболочки, пролиферация глии (Попова, 1981).

Продолжительность защитно-компенсаторного синдрома ЗКС) в среднем около двух лет. Из числа обследованных нами больных только у подростков с легкой степенью дебильности было клинически трудно выделить ЗКС, что, по-видимому, свидетельствует о существенной злокачественности раннего алкоголизма у олигофренов.

Таким образом, наиболее характерными особенностями течения алкоголизма у подростков являются резкое сокращение сроков формирования ключевых симптомов заболевания, лавинообразный характер и дисгармоничность развития клинических проявлений. Причем в последнее время исследователи раннего алкоголизма приводят все более сжатые сроки формирования физической зависимости (табл. 8).

Все перечисленные особенности составляют тот специфический, резко извращенный по сравнению с нормой класс условий, в которых разворачиваются психические процессы у наших пациентов, в том числе и процессы внутриличностного развития. Остановимся на конкретных чертах, образующихся в результате подобного развития психики.

6. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ БОЛЬНЫХ РАННИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В клинической литературе перечисляются различные черты молодых алкоголиков. В наблюдениях Маскау (1961) в качестве характерных черт личности пациентов были отмечены: возбудимость, агрессивность, импульсивность, депрессивные реакции, сексуальные извращения и др. Zakewicz (1963) считает, что характерологические расстройства у несовершеннолетних алкоголиков имеют преимущественно органическую почву. И. Л. Злотников с соавторами (1970) отмечают рано появляющиеся у подростков изменения личности, к которым они относят: возбудимость, взрывчатость, заострение характерологических черт, свойственных пубертатному возрасту, быстрое развитие нарушений социальной адаптации, узкий круг интересов, асоциальные тенденции, эмоциональное огрубение, конфликты с родителями. М. А. Чалисов с соавторами (1973) и В. В. Веселовский с соавторами (1976) находят у юношей, страдающих алкоголизмом, изменения характера в виде грубости, эмоциональной холодности, циничности, утраты привязанности к родителям и членам семьи, у некоторых — агрессивности.

Существуют и попытки классификации изменений. Среди них надо выделить прежде всего работу А. Е. Личко (1983), в которой описаны клинико-психологические проявления алкоголизма у подростков с различными типами акцентуации характера (табл. 9). Л. Я. Висневская и Е. А. Данилова (1978) различают три варианта изменений личности при подростковом алкоголизме. Первый вариант характеризуется преобладанием аффективных нарушений. Больные эйфоричны, беспечны, склонны к плоским шуткам, развязны и вместе с тем раздражительны, гневливы, в аффекте злобны и агрессивны. У многих отмечены истероидные формы поведения, бравада, асоциальные поступки. Несколько ослаблены процессы запоминания, сужен объем внимания. Суждения поверхностны, примитивны, ассоциации отражают алкогольную направленность. Дети и подростки педагогически запущены, отказываются от учебы в школе. Второй вариант отличается ведущим значением органического психосиндрома. В этих случаях резко страдала работоспособность. Мышление замедленно, инертно, ассоциации бедны, память значительно снижена. Подростки неоткровенны, лживы, неуживчивы, конфликтны, скрывают употребление алкоголя, никогда ни в чем не признают себя виноватыми. Третий вариант проявляется наличием своеобразного аутизма, вялости, равнодушия, малой выраженности мимики, замедленностью моторики. Дети и подростки трудно сходились со сверстниками, но это не касалось их связи с асоциальными компаниями, где они могли получить алкоголь или деньги на его потребление. Сопоставление выделенных вариантов психических нарушений с преморбидными особенностями показывает, что есть выраженная кор

реляция первого варианта с инфантильным преморбидом; второго — с органическим, третьего — с аутистическим.

Отдавая дань тонким клиническим наблюдениям, необходимо, однако, заметить следующее. В их изложении нередко происходит смешение признаков, относящихся к разным уровням, разным плоскостям анализа. Так, под одну и ту же рубрику — изменения личности — относят и выраженные характерологические особенности, и особенности конституции, того или иного типа нервной деятельности, и психологические черты, и характеристики социальной ситуации развития, и т. п. Смешение разнородных признаков создает порой такую пестроту, мозаичность, которая не позволяет или во всяком случае крайне затрудняет возможность выделить общие закономерности и механизмы процесса. Чтобы избежать подобного смешения, дальше, в описании наших наблюдений, мы будем говорить лишь о характерологических чертах молодых алкоголиков, исходя из изложенной в гл. III гипотезы о различении личности (в узком психологическом значении) и характера как, с одной стороны, нравственной и смысловой позиции, а с другой — привычных способов, проявлений и форм утверждения этой позиции. Что же касается типологии, то при всей ее значимости для клиники, систематики и терапии остается крайне актуальной задача выделения внутренних психологических механизмов — типичных, общих для всех вариантов, но получающих в каждом из них свою краску и особенность.

Кратко опишем наши наблюдения над характерологическими чертами молодых алкоголиков.

Лживость больных алкоголизмом хорошо знакома клиницистам и психологам. У подростков же она особенно непоследовательна и эмоциональна. Наиболее демонстративно она выражается в стремлении скрыть истинные причины и размеры пьянства. Наши пациенты, например, нередко утверждают, что пьют так редко и мало, что их надо считать едва ли не абсолютными трезвенниками, либо, наоборот, преподносят утяжеленный гротескный алкогольный анамнез. Эта характерная потеря «меры диссимуляции» (Жмуров, 1978) свидетельствует и об отсутствии у подростков ясного представления о границах умеренного употребления алкоголя, и об их изоляции от воздействия противоалкогольной пропаганды. Что же касается трезвости, то она представляется им столь чуждой и неестественной, что нужны, по их мнению, особые причины, чтобы не пьянствовать. С другой стороны, потеря «меры диссимуляции» тесно связана с общими возрастными особенностями подростка, в частности, с недифференцированностью оценок, «контрастным» внутренним зрением.

Характерная для всех алкоголиков анозогнозия также выражена у несовершеннолетних в еще большей степени, чем у взрослых больных. По нашим наблюдениям, у абсолютного большинства ранних алкоголиков обнаруживается полная или ча-

стичная анозогнозия. Если в исследовании самооценки больным предложить указать свое место на условной «шкале трезвости», то они обычно относят себя к середине или даже к более высокому уровню, считая, что пьют «как все», а к пьяницам относят лишь окончательно деградировавших алкоголиков.

Как характерную черту, необходимо отметить неустойчивость настроения наших пациентов. Так, вкрадчивость и подобострастие в ситуациях, сулящих выпивку, резко сменяются гневными вспышками и агрессивностью, если ей препятствуют. Брутальные аффекты особенно легко развиваются в кругу близких, редко сменяясь даже при посторонних хотя бы формальной вежливостью.

Та же неустойчивость, имеющая, по сути дела, ту же логику и подоплеку, типична и для других черт. Так, возможность созвучности переживаний, синтонность несовершеннолетних больных носят в развернутых стадиях заболевания преимущественно парциальный, а не диффузный характер: она выражается главным образом в отношениях с людьми, злоупотребляющими алкоголем; сверстники же с трезвенническими установками подвергаются остракизму и третируются как «неполноценные» и «ненормальные». Подростки становятся невнимательными к близким, к прежним друзьям, неискренними, холодными, замкнутыми и недоверчивыми. Непринужденно, синтонно они чувствуют себя только в «своем кругу». Нередко они весьма заботливы к себе подобным, например, целыми «делегациями» навещают товарищей, находящихся на стационарном лечении от алкоголизма. Вообще они легко находят общий язык со злоупотребляющими алкоголем и быстро сближаются с ними, формируя своеобразное сообщество, где господствуют особые нормы взаимоотношений и «кодекс чести», основанные на употреблении спиртных напитков.

Что касается внешних манер поведения, то несовершеннолетним больным свойственны — часто наигранные и компенсаторные — бесцеремонность, развязность, бахвальство, которые, однако, в условиях строгого контроля легко сменяются подавленностью, беспомощностью и пассивной подчиняемостью.

Каковы же внутренние психологические причины формирования подобного рода характерологических черт?

7. ИЗМЕНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Во втором разделе этой главы мы описали возникновение и признаки особой иллюзорно-компенсаторной деятельности, мотивом которой становится алкоголь. На стадии алкогольной болезни деятельность эта претерпевает дальнейшие изменения по сравнению с таковой на предыдущей, доболезненной стадии бытового пьянства. Прежде всего через развитие, многократное воспроизведение этой деятельности происходит удовлетворение все большего числа потребностей пьющего человека, причем по-

требностей самых разнообразных, в том числе и традиционно относимых в психологии к разряду высших (в самоуважении, общении и т. п.). Удовлетворение это — подчеркнем еще раз — является сугубо иллюзорно-компенсаторным, поскольку основывается не на реальном осуществлении тех или иных задач и целей, а на изображении, имитации искомых результатов деятельности через создание соответствующих субъективных переживаний в состоянии алкогольного опьянения, в ходе осуществления всего ритуала выпивки в соответствующей компании (Братусь, 1974; Зейгарник, Братусь, 1980; Сурнов, 1982).

Если на стадии злоупотребления эта деятельность, выполняя компенсаторную функцию, оставляет место для реальной деятельности, некоторое время как бы мирно (на взгляд самого пьющего и даже остальных) сосуществует с ней, то с началом болезни для реальной деятельности места (да и времени) остается, во-первых, все меньше, а во-вторых, эта реальная деятельность меняет свою суть и функцию в жизни личности. Истории жизни больных алкоголизмом свидетельствуют, что, например, работа, труд со временем становятся для них лишь средством для добывания денег на алкоголь, семья из объекта привязанности становится раздражающим барьером на пути удовлетворения страсти, прежние друзья перестают интересовать. Это происходит не вдруг, а как неизбежное психологическое следствие развития иллюзорно-компенсаторной деятельности, требующей по мере ее расширения и все больших материальных средств, и все большего преодоления сопротивления окружающих, и все большего ухода в относительно замкнутый, отделенный от прочего мир «алкогольных компаний». В ходе этого развития реальный мир все более становится второстепенным, дающим средства или, напротив, мешающим осуществлению занимающей все большее место иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельности. И именно эта деятельность становится ведущей в иерархии других деятельностей, так или иначе подчиняя и подавляя их.

Этим, однако, не исчерпываются изменения, привносимые болезнью. Перестройка и развитие самой иллюзорно-компенсаторной деятельности происходят в условиях, резко отличающихся, скажем, от также глубоких изменений структуры личности под воздействием той или иной «неалкогольной» страсти, например скупости, накопительства, тщеславия, чрезмерной заботы о своем здоровье, одержимости какой-либо идеей и т. п. Развитие деятельности при алкоголизме протекает, во-первых, в особых социальных условиях более или менее выраженного осуждения, противостояния явным проявлениям порока и, во-вторых, в условиях соответствующих физиологических перестроек организма, условиях, значительно измененных по сравнению с нормой и особенно злокачественных, как мы видели, при раннем алкоголизме. Надо еще раз подчеркнуть, что учет последнего обстоятельства обязателен для психологического ана-

лиза, который вне его рискует выродиться в пустое «психологизирование» и может привести к психологическому редукционизму — сведению всех составляющих и переплетений сложного процесса болезни к сугубо психологическим моментам. Между тем появление абстинентного синдрома ведет к возникновению в его структуре обсессивного и компульсивного влечения, что резко изменяет условия развития потребностно-мотивационной сферы; появление органической энцефалопатии обусловливает нарушения мышления; интоксикационная астения искажает течение эмоциональной жизни и т. п. Все это не может не отразиться как на характере ведущей алкогольной деятельности, так и на характере всех остальных деятельностей больных.

Прежде всего происходят нарушения опосредствованности поведения, которые затрагивают в первую очередь структуру деятельности, направленной на удовлетворение потребности в алкоголе. Это тесно связано, с одной стороны, с резким усилением потребности в ходе болезни, с переходом ее в разряд влечений, т. е. потребности, «отраженной в органической (интерацептивной) чувствительности» (С. Л. Рубинштейн, 1946), а с другой стороны — с действием интоксикационной энцефалопатии, ведущей к примитивизации, конкретно-ситуационному характеру мышления. Общий ход нарушения можно наглядно проследить фактически на любом компоненте «алкогольной деятельности». Так, если вначале придумывается, чтобы избежать осуждения окружающих, множество разнообразных предлогов и оправданий для выпивки, то со временем они становятся все более однотипными, сводясь к оговоркам, которые «одни и те же во всем мире» (Висс, 1967). Наконец, в поздних стадиях больные совсем перестают прибегать к каким-либо объяснениям и стремятся любыми способами к удовлетворению влечения, без каких бы то ни было попыток оправдания.

Та же тенденция наблюдается и в изменениях другого вида действий, входящих в структуру деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе, — действий по добыванию средств на алкоголь. Со временем эти действия становятся все более неопосредствованными, примитивными и стереотипными: занимают деньги под заведомо ложными предлогами, хотя обман раскроется завтра же и больной потеряет возможность дальнейшего кредита, продают за бесценок вещи и т. п. В этом отношении характерна сцена из пьесы А. Н. Островского «Волки и овцы»: молодой человек при первом же знакомстве с богатой невестой, на которой его предполагают женить, просит у нее денег на водку, тем самым лишаясь ее расположения и соответственно всех видов на получение приданого. Нарушения опосредствованности прослеживаются и в способе удовлетворения потребности. Если раньше это удовлетворение подразумевало развернутый ритуал выпивки, то в ходе болезни, по мере возрастания потребности атрибуты этого ритуала все более сворачиваются, редуцируются.

Тот факт, что алкогольная деятельность со всеми ее прогрессирующими нарушениями является у больных ведущей, главенствующей, делает более понятными и нарушения других, «неалкогольных» форм поведения. Прежде всего это касается деятельностей, требующих длительной и сложной организации, т. е. именно тех, что связаны с духовными потребностями, с учебными и профессиональными интересами, которые, как мы знаем, в норме занимают основное место у старших подростков и юношей. Само развертывание таких форм деятельности становится несовместимым с непреодолимой наркоманической потребностью в алкоголе. К этому необходимо прибавить и последствия токсической энцефалопатии — нарушения внимания, мышления, памяти, работоспособности[4]. В результате остаются лишь те потребности, которые могут быть удовлетворены несложными малоопосредствованными действиями.

Но и этим не ограничиваются последствия перестройки иерархии мотивов и деятельностей. Иллюзорно-компенсаторный характер алкогольной деятельности со временем распространяется и на другие, «неалкогольные» деятельности, и чуть ли не любая из них начинает направляться не на реальное достижение тех или иных целей, а, скорее, на имитацию этих достижений с подключением соответствующих эмоциональных, чаще всего весьма лабильных компонентов (Сурнов, 1982).

Итак, в ходе болезни алкогольная деятельность не просто «надстраивается» над прежней иерархией деятельностей и потребностей, но преобразует эту иерархию, преобразует сами мотивы и потребности личности. Она как бы «придавливает» их, вытесняя все, что требует сложноорганизованной деятельности, и оставляя лишь несложные и примитивные потребности[5]. В итоге такого переформирования перед нами уже фактически новая личность с качественно новыми мотивами и потребностями, с новой их внутренней организацией.

---

[4] В психиатрической литературе можно встретить утверждение, что нарушения личности при алкоголизме прямо вытекают из органической энцефалопатии. Однако экспериментально-психологическое сравнение больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы и больных алкоголизмом при обнаруженных сходных психологических последствиях энцефалопатии (снижение уровня обобщений, ослабление памяти, работоспособности и т. д.) не выявило сходство направленности и структуры мотивационно-потребностной сферы личности между больными обеих групп (Братусь, 1974). Это еще раз свидетельствует о порочности прямого, непосредственного выведения нарушений личности из органических особенностей, поскольку даже при психической болезни «поражается» не психическая деятельность, а мозг (Поляков, 1971) и лишь в ходе жизни человека с больным мозгом появляются те или иные нарушения личности (С. Я. Рубинштейн, 1944).

[5] В этом, на наш взгляд, кроется одна из психологических причин чрезвычайной социальной опасности больных алкоголизмом (причем не только в состоянии опьянения). Примитивный характер их потребностей требует немедленного удовлетворения, часто любыми попадающимися под руку средствами, как бы они ни были опасны для достоинства и жизни другого человека.

Начало злоупотребления теснейшим, как мы видели, образом связано с психологическими особенностями подросткового кризиса. Неблагополучный подросток, находящийся, как и его благополучные сверстники, в переходном потребностном состоянии, выбирает при этом не сам по себе алкоголь, а «свою» компанию, группу, в которой уже (т. е. вторично) непременным атрибутом является регулярная выпивка со всеми вытекающими из нее последствиями. Таким образом, неблагополучный подросток, как и подросток благополучный, в формировании своей смысловой, ценностной сферы тяготеет к группоцентрической ориентации, формируя и реализуя в ее рамках потребности в общении, дружбе, совместной деятельности и т. п.

Однако затем внутренние психологические пути развития смысловой сферы благополучного и неблагополучного подростка начинают резко расходиться. В первом случае, по выходе из подросткового кризиса следует ориентация на профессиональные интересы, происходит дифференцировка нравственных оценок, выравнивается их полярность, вырабатываются обобщенные идеалы, но, что самое главное для смысловой сферы, апробируется, формируется, осваивается качественно новая ступень, уровень смыслового поля — уровень отношения к другим, незнакомым людям, миру вообще. Если в подростковом возрасте на какое-то время главным смыслообразующим отношением становится отношение «я и группа», то юношеский возраст характеризуется снижением значимости группы, подъемом интереса и субъективной смысловой значимости отношений «я и мир» (О. В. Лишин). Это не означает, конечно, что юноша вообще выпадает из тесного общения, из той или иной взаимосвязи людей. Это означает обычно лишь то, что групповая взаимосвязь как основной источник и форма выражения смысловых отношений изживает себя, а нарождающийся новый смысловой уровень требует и новых, адекватных себе форм человеческих взаимосвязей, а именно коллективистских, направленных на создание общественно значимого, на пользу другим (пусть незнакомым, чужим, дальним) людям предназначенного результата деятельности.

Всего этого с нашими пациентами не происходит. «Компания» замыкает, ограничивает развитие смысловой сферы группоцентрической ориентацией и в своей деятельности, существовании идет не к коллективу, а к группе-корпорации, не соединяющейся, а, напротив, все более разъединяющейся, разобщающейся с «большим миром». В результате и возникающие в рамках этой ориентации личностные ценности оказываются все более отграниченными от общечеловеческой нравственности.

Процесс этот не мог бы происходить ни столь злокачественно, ни столь быстро, если бы его существенным, а со временем и главным системообразующим моментом не была групповая

выпивка, регулярное злоупотребление алкоголем, которое становится не только особой, асоциальной по своей направленности деятельностью, не только ведет к оторванному от реальности иллюзорно-компенсаторному удовлетворению потребностей, не только подавляет и перестраивает иерархию мотивов, но и является опаснейшим ядом для детского организма, его нервной системы, головного мозга, ведущим к явлениям абстинентного синдрома, компульсивного влечения, токсической энцефалопатии. Не случайно поэтому, что по мере перерастания злоупотребления в болезнь и особенно во время быстрого, «лавинообразного» нарастания симптомов болезни группоцентрический уровень развития смысловой сферы, даже с его извращенным содержанием, становится слишком высоким для больных и происходит «сползание» на эгоцентрический уровень. Группа, своя компания как таковая остается, но она перестает быть смысловым центром, целью, становясь все более *лишь средством* для удовлетворения возрастающей потребности. Поэтому, в частности, больные перестают держаться только «своих ребят» и их интересов и начинают легко сходиться с любым злоупотребляющим, с любой, даже на короткое время возникшей, компанией пьющих людей.

Но и этот уровень не является конечным. В поздних стадиях болезни все чаще наблюдается выпадение из собственно смыслового, по нашей классификации, поля в поле сугубо ситуационное. Иными словами, преобладающими, наполняющими смысловую сферу становятся ситуативные смыслы, появляющиеся по поводу конкретных событий либо непосредственно происходящих перед глазами, либо отдаленных (вперед или назад) на весьма незначительное время.

Приведенные соображения позволяют по-новому подойти к одному из самых распространенных и в то же время одному из самых туманных в психиатрии определений процесса деградации, а именно определению его как «снижения», «уплощения» личности. Интуитивно термины «снижение», «уплощение», как и многие другие термины клинического описания, кажутся понятными, правда, лишь при условии соотнесения их с конкретными образами больных. Однако их содержание, равно как и содержание большинства других подобных терминов, остается в психиатрии очень неопределенным. Предложенный подход позволяет рассматривать «снижение» как термин, относимый к смысловой, нравственно-ценностной плоскости развития личности.

Эта плоскость действительно вертикальна в рамках предложенной модели личности (см. гл. III), и, следовательно, переход, «сползание» от вышележащей к нижележащей ступени в свете этой плоскости может быть рассмотрен как «снижение личности» или, в особенности если речь идет о «придавленности» смысловой сферы к ситуационным смыслам, и вовсе как ее «уплощение», т. е. отсутствие выраженных «вертикальных» характеристик смыслового поля. Важно заметить, что при этом человек может быть весьма активен, деятелен, ставить перед со-

бой задачи (пусть чаще и несложные). Тем самым иные плоскости «пространства личности» могут быть жестко и не связаны с ее «уплощенностью». Но для того чтобы это констатировать, необходимо обратиться именно к смысловой сфере, к тому, как она соотносится с нравственно-ценностными ступенями развития личности.

Итак, в ходе болезни происходят глубокие изменения личности, всех ее основных параметров и составляющих. Это в свою очередь неизбежно приводит к появлению и закреплению в структуре личности определенных установок, способов восприятия действительности, смысловых смещений, клише, которые начинают определять все, в том числе и «неалкогольные» аспекты поведения подростков, порождать их специфические для алкоголиков характерологические черты, отношения к себе и окружающему миру. В работе К. Г. Сурнова (1982) было, в частности, выделено несколько таких установок, определяющих смысловой, предметный и стилевой аспекты поведения. Перечислением некоторых из них мы и подведем итог анализу нарушений деятельности и смысловой сферы: установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий; установка на пассивные способы защиты при встречах с трудностями; установка на избегание ответственности за совершаемые поступки; установка на малую опосредствованность деятельности; установка довольствоваться временным, не вполне адекватным потребности результатом деятельности.

ГЛАВА V

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА И ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И СИСТЕМАТИКА

Ранняя диагностика алкоголизма у несовершеннолетних осложняется рядом обстоятельств.

Во-первых, выраженность подростковой реакции имитации в условиях неблагополучной микросоциальной среды придает алкоголизации несовершеннолетних индуцированно приобретенные элементы клиники заболевания. Такой аггравирующий алкогольный дебют может создать впечатление злокачественной клиники, являясь во многом лишь отражением пагубных алкогольных обычаев (см. описание феномена «клиники до болезни» в гл. IV, разд. 4).

Во-вторых, реактивность подростково-юношеского организма отличается значительной лабильностью. Клинические проявления изолированного синдрома измененной реактивности к алкоголю в условиях длительного воздержания от алкоголя могут редуцироваться. Это позволяет допустить возможность сохранения определенной обратной динамики клинических проявлений до достижения порогового уровня (синдрома физической зависимости) и «галопирующее» злокачественное течение заболевания после его превышения.

В-третьих, алкоголизация и алкоголизм у несовершеннолетних могут являться симптоматическим проявлением психического заболевания или входить в структуру психопатий и патохарактерологических развитий личности (преимущественно неустойчивой и эпилептоидной). Необходимость дифференцирования вторичной алкоголизации создает дополнительные трудности в диагностике.

В-четвертых, трудности ранней диагностики подростково-юношеского алкоголизма сопряжены с социально-правовой ответственностью клинического диагноза. Необходимо очень тщательно подходить к сбору алкогольного анамнеза. Кроме данных со слов подростка и его родителей следует запросить характеристику из школы (ПТУ, техникума), с места работы, из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних.

В целом в диагностике раннего алкоголизма можно пользоваться общепринятой систематикой с выделением трех стадий: начальной (I стадия), развернутой (II стадия) и конечной

(III стадия). В наших наблюдениях конечная стадия алкоголизма в подростково-юношеском возрасте не встречалась.

Учитывая особенности морфофункциональных ресурсов мозга и печени в пубертатном возрасте, как правило, отягощенную в социальном и биологическом планах почву раннего алкоголизма, дисгармоничность и лавинообразность симптомообразования, своеобразие характера опьянения и потребления, изначальное подавление или отсутствие количественного и ситуационного контроля, лабильность и скачкообразность изменения уровня толерантности, представляется обоснованным выделить при раннем алкоголизме синдром не измененной, а извращенной реактивности.

Симптоматика начальной стадии может быть описана следующим образом. Синдром извращенной реактивности: 1) непостоянные и утрачивающиеся, часто изначально подавляемые, защитные механизмы (рвотный рефлекс, чувство последующего отвращения); 2) изменчивость формы потребления алкоголя (происходит обычно скачками с быстрым переходом от эпизодического употребления к регулярному; возможны и более или менее длительные периоды полного воздержания от алкоголизации); 3) изменение формы опьянения (высокая частота дисфорических аффектов с моторной расторможенностью, сначала сопорозно-коматозные, а затем и собственно алкогольные амнезии и палимпсесты опьянения); 4) возрастание толерантности (сохранение ее значительной лабильности); 5) утрата количественного контроля (изначально не формируется при злокачественном прогредиентном течении заболевания). Синдром психической зависимости: 1) обсессивное влечение к алкоголю преимущественно не осознано и носит групповой характер (расширение и качественное изменение спектра мотивации алкоголизации, «замыкание» в алкогольной компании с формированием соответствующего стиля жизни, вытесняющего и затрудняющего осознание влечения); 2) психический комфорт в опьянении (употребление спиртного становится желательным механизмом достижения эмоционально-положительного уровня самооценки и оценки ситуации). Вследствие ранней массивной интоксикации в начальной стадии проявляются астенический синдром и анимально-вегетативные дисфункции.

Симптоматика развернутой (II) стадии подростково-юношеского алкоголизма представлена всеми тремя синдромами наркоманической зависимости. Синдром извращенной реактивности: 1) защитные рефлексы стойко утрачены; 2) изменяются формы потребления (появляются элементы псевдозапойного пьянства); 3) изменяются формы опьянения (стойкие амнезии опьянения, заострение характерологических особенностей в опьянении, импульсивное и агрессивное поведение); 4) толерантность стабилизируется на высоких дозах; 5) быстрая утрата или изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля. Синдром психической зависимости: 1) обсессивное влечение легко

осознаваемо и рельефно; 2) психический комфорт в интоксикации (алкоголизация становится единственной и универсальной процедурой, выравнивающей и повышающей эмоциональный фон, тонизирующий психофизиологическую активность). Синдром физической зависимости: 1) компульсивное влечение к алкоголю (приводящее к резкому учащению алкоголизации с рецидивами противоправного поведения); 2) физический комфорт в интоксикации (только в опьянении нормализуется соматическое состояние, снимается астенизация и анимально-вегетативная симптоматика); 3) абстинентный синдром — астено-адинамическое состояние, соматовегетативная симптоматика с адренергическим акцентом. Сроки формирования развернутой стадии подростково-юношеского алкоголизма составляют 1,5—2,0 года, имея выраженную вариативность в зависимости от особенностей преморбида и алкогольных обычаев среды с динамикой смены отдельных симптомов, исчисляемой месяцами.

По мнению Е. А. Даниловой (1974), не все симптомы, которые составляют клинику алкоголизма у взрослых, можно видеть у детей и подростков, а ряд симптомов носит рудиментарный характер. И чем меньше возраст ребенка, тем менее выражена клиническая картина. Но если речь идет о диагнозе алкоголизма, имеющем вполне очерченные клинические критерии, то для его постановки необходим весь известный симптомокомплекс. Только на преклинической стадии алкоголизма можно наблюдать рудиментарный характер отдельных симптомов и отсутствие ряда клинических проявлений. Клиника алкоголизма у подростков выражена не менее (если не более) ярко, чем у взрослых, но возрастные особенности подростков привносят своеобразие в характер проявлений симптомов заболевания, затрудняя раннюю диагностику. Уверенная диагностика алкоголизма у подростков возможна лишь при продолжительном катамнестическом наблюдении.

В зависимости от особенностей преморбидной почвы можно выделить следующие формы развития раннего алкоголизма: а) психоорганическую (резидуально-органическая церебральная недостаточность, черепно-мозговые травмы, дебильность); б) психопатическую (психопатии и патохарактерологические развития личности); в) метаболическую (гепатит); г) «наследственную» (наследственная отягощенность по алкоголизму). Выделение этих четырех форм является во многом условным, так как преморбид при раннем алкоголизме отличается мозаичностью патологической отягощенности и приведенные формы подчеркивают лишь характер ведущего патопластического фактора.

Все формы раннего алкоголизма, выделенные в зависимости от характера преморбидной отягощенности, имели один общий ключевой признак, иллюстрирующий их злокачественность, — опережающее развитие симптомов физической зависимости.

В то же время каждая форма имела некоторые особенности.

Психоорганическая форма (а). Ведущими патопластическими факторами алкоголизма у подростков с легкой степенью дебильности были следующие: 1) дефицит социальных защитных механизмов, связанный с низким интеллектом (отсутствие с самого начала ситуационного контроля, некритичность к алкогольным обычаям среды, повышенная внушаемость и конформность, полная анозогнозия), 2) слабость функциональных ресурсов мозга, проявляющаяся в быстром срыве реактивности. Совместное действие обоих факторов проявлялось в дисгармоничности развития наркоманического синдрома, когда весь симптомокомплекс алкоголизма формировался уже на этапе регулярного потребления алкоголя.

При развитии раннего алкоголизма на почве резидуально-органической церебральной недостаточности в клинической картине существенно выделялся повышенный уровень психотической готовности.

Ранний алкоголизм у подростков с черепно-мозговыми травмами отличался отсроченным проявлением и последующей расширенной реализацией всего наркоманического симптомокомплекса, что иллюстрирует приобретенный характер патологии с накоплением дефекта по мере течения заболевания.

Психопатическая форма (б). В развитии раннего алкоголизма у психопатизированных личностей отмечается ускоренная социальная декомпенсация с широкой шкалой конфликтов в микросоциальной среде и криминогенности поведения в опьянении; высокая частота индуцированных форм алкоголизации, потенцирующих биологические проявления заболевания.

Метаболическая форма (в). Гепатит, влияя на морфофункциональные ресурсы печени (основного органа, метаболизирующего этанол), снижает ее защитно-компенсаторные возможности, что проявляется изменением (и извращением) реактивности к алкоголю.

«Наследственная форма» (г). У этих подростков рано и рельефно обнаруживается глубокая социальная (неполная семья, несостоятельное воспитание, злокачественные алкогольные обычаи) и биологическая (частота случаев низкого интеллекта, повышенной психотической готовности, психопатизации личности) отягощенность преморбида. Отмечается низкая толерантность, согласующаяся с описанным Б. М. Кершенгольцем (1980) дефектом этанолокисляющей системы у детей больных алкоголизмом родителей.

Если расположить выделенные формы раннего алкоголизма по степени снижения злокачественности, то на первом месте будет «наследственная форма», на втором — психоорганическая, на третьем — психопатическая и на четвертом — метаболическая.

Таким образом, подростково-юношеский алкоголизм, быстро и злокачественно текущий, требует раннего выявления и своевременной мобилизации всего арсенала наркологической

и психологической служб. Его диагностика предполагает внимательное и бережное в социально-правовом плане отношение к несовершеннолетним, требует учета своеобразия контингента и особенностей формирования клиники заболевания.

2. ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА [1]

Существенные трудности диагностики начальных клинических проявлений алкоголизма, тем более у подростково-юношеского контингента, заставляют искать надежные лабораторные методы выявления заболевания.

Известен способ диагностики алкоголизма путем определения в крови γ-глутамилтранспептидазы (ГГТ), которая повышается у 60—80% больных. Однако активность этого фермента резко снижается уже через неделю воздержания от спиртного (Reding et al., 1980).

Для повышения точности лабораторной диагностики Т. В. Чернобровкиной с соавторами (1980) предложено дополнительно определять активность аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) и при увеличении активности этих ферментов относительно нормы диагносцировать заболевание. Так, диагноз алкоголизма I стадии устанавливают при увеличении активности ГГТ выше 1,7 М (М — средняя арифметическая величина активности соответствующих ферментов, рассчитанная по показателям контрольной группы здоровых лиц: активность ферментов выражают в международных единицах активности на 1 л сыворотки), АСТ — в пределах 0,6—1,8 М, АЛТ — в пределах 0,7—1,9 М. Диагноз алкоголизма II стадии устанавливается при активности ГГТ более 2,1 М и АСТ более 1,6 М; активность АЛТ остается в пределах 0,9—2,2 М.

Приведенный способ обеспечивает высокую точность диагносцирования (96%), он не требует госпитализации больного, отрыва его от работы, позволяет распознавать болезнь в самом начале ее развития, что, несомненно, способствует повышению эффективности противоалкогольной терапии и профилактики алкоголизма.

В основе болезненного влечения к алкоголю, возникновения физической зависимости от него лежат изменения в обмене катехоламинов — нейрохимических медиаторов проведения импульса в адренергических синапсах — и образование при их нарушенном обмене морфиноподобных веществ (Анохина, Коган, 1975; Сытинский, 1980). Первичным фактором, вызывающим деградацию метаболизма биогенных аминов, является сам этанол и промежуточные продукты его окисления в организме. Наиболее физиологически и химически активным веществом,

[1] В написании раздела принимал участие Н. С. Ишеков.

образующимся при окислении алкоголя в организме, является ацетальдегид, который в концентрации 30—100 мкМ способен нарушать нормальный обмен биогенных аминов, эндогенных опиатов и приводит к образованию экзогенных морфиноподобных веществ — продуктов конденсации не полностью окисленных биогенных аминов между собой и ацетальдегидом (Lieber, 1978; Tipton et al., 1978; Summers et al., 1980). С развитием злоупотребления алкоголем концентрация ацетальдегида в крови возрастает, что связано с несинхронной деградацией активности алкогольдегидрогеназы (АДГ) и альдегиддегидрогеназы (АльДГ). Активность АДГ увеличивалась в первый период хронической алкогольной интоксикации, затем начинала падать со скоростью в два раза меньшей, чем предшествующий рост (Гуртовенко, 1975; Кершенгольц, 1979; Jenkins, Peters, 1980). Активность АльДГ начинала уменьшаться раньше и быстрее, чем падение активности АДГ. Б. М. Кершенгольц с соавторами (1980, 1981) показали, что наблюдаемое увеличение концентрации ацетальдегида в крови при длительной алкогольной интоксикации более чем на 80% обусловлено изменением активности АльДГ/АДГ. Значительное уменьшение активности АльДГ в сыворотке крови человека (в 2,2—6 раз) отмечается уже при злоупотреблении алкоголем. Именно уменьшение активности АльДГ является основной причиной нарушения способности организма утилизировать этанол без образования высоких стационарных концентраций ацетальдегида, приводит к нарушению метаболизма биогенных аминов, что сопровождается развитием зависимости от алкоголя.

Б. М. Кершенгольцем и Е. В. Серкиной (1980) предложен способ диагностики и прогнозирования алкоголизма на основании определения активности АДГ и АльДГ на высокочувствительном регистрирующем спектрофотометре.

Диагностика алкоголизма (определение «группы риска» в отношении алкоголизма у детей или взрослых-неалкоголиков) основана на том, что при алкоголизме или при малой биохимической толерантности к алкоголю понижается активность в первую очередь АльДГ печени, сыворотки крови и ряда других органов. Наиболее доступным диагностическим материалом является в данном случае сыворотка крови. В норме, по данным Б. М. Кершенгольца и Е. В. Серкиной (1980), активность АльДГ сыворотки составляет у мужчин от 23 до 17 нмоль/мин на мл сыворотки (колебания зависят от генетико-популяционных факторов), у женщин от 8 до 12 нмоль/мин на мл сыворотки. Но, например, у женщин эвенков обнаружилась повышенная активность АльДГ в норме до 16—20 нмоль/мин на мл сыворотки, а у детей, по небольшому количеству результатов, активность АльДГ в норме почти не отличается от величины данного параметра у взрослых соответственно полу. Поэтому этот тест может быть использован для выявления «группы риска» по алкоголизму среди детей.

Понижение активности АльДГ сыворотки происходит в случае алкоголизма I стадии — до 8—10 единиц у мужчин и 5—6 у женщин, II стадии — до 2—4 единиц у мужчин и женщин. Причем это понижение стабильно. Понижение активности АльДГ сыворотки наблюдается также при вирусном гепатите в разгар болезни, однако резкое понижение активности АльДГ в этом случае происходит всего на 2—4 недели, а затем активность восстанавливается. Активность АльДГ сыворотки была также понижена при некоторых психических заболеваниях (например, при аффективных состояниях, вызванных рядом форм шизофрении). Эти уменьшения активности были относительно стабильны, однако сама активность понижалась не столь значительно, как при алкоголизме, — на 30—50%.

У детей (или у взрослых-неалкоголиков) понижение активности АльДГ в 80—100% случаев совпадало с отягощенной наследственностью по алкоголизму, что позволило трактовать понижение активности АльДГ у детей как генетическую предрасположенность к алкоголизму, способную проявиться в соответствующих условиях.

Нами определена активность АльДГ в сыворотке крови у больных алкоголизмом, а также у взрослых и подростков, не злоупотребляющих алкоголем (Сидоров, Лушев и др., 1983). Было обнаружено, что активность АльДГ и у мальчиков, и у девочек в возрасте до 17 лет остается на одном уровне, однако с развитием алкоголизма у женщин происходит существенно большее угнетение АльДГ, чем у мужчин. Возможно, этот факт иллюстрирует «метаболическую составляющую» злокачественности женского алкоголизма. Активность АльДГ падала с возрастанием стадии алкоголизма ($r=-0{,}99$; $p<0{,}05$), с увеличением продолжительности запоя перед поступлением в стационар, с ростом толерантности. Активность фермента была достоверно ниже ($t=3{,}4$) у больных алкоголизмом с вирусным гепатитом в анамнезе. Способствовало деградации АльДГ и курсовое лечение нейролептиками.

Однако химическое определение активности АДГ и АльДГ, концентрации ацетальдегида достаточно трудоемко при массовых профилактических обследованиях. И. Д. Боенко (1980) разработан метод биологической индикации ацетальдегида, концентрация которого у больных алкоголизмом значительно выше, чем у непьющих. Автор исходит из того, что в формировании реакции Нейгля (образование эритемы вокруг места внутрикожной инъекции этанола у человека, принявшего алкоголь) ведущую роль играет ацетальдегид. Если вводить вместе со спиртом ацетальдегид в соотношениях 5000 : 1, 2500 : 1, 1250 : 1, 625 : 1, 312,5 : 1, то у трезвых алкоголиков и у лиц, имеющих наследственную отягощенность по алкоголизму, пороговая доза ацетальдегида, вызывающая положительную реакцию (оцениваемую при рассмотрении в ультрафиолетовом свете), будет более низкой, чем у непьющих и не имеющих наследственной отя-

гощенности. Простота и высокая чувствительность предлагаемого метода индикации ацетальдегида дают основания рекомендовать его для использования в практике.

Одним из способов диагностики алкоголизма является определение биологической активности сыворотки крови с помощью методики клеточных культур. Сыворотка крови человека содержит целый ряд простых и сложных белковых веществ, оказывающих как активирующее, так и угнетающее влияние на рост клеток в культуре. В частности, было показано, что липиды и некоторые белковые фракции сыворотки крови угнетают рост клеток в культуре, в то время как глобулины и продукты распада высокомолекулярных белков оказывают значительное стимулирующее действие на деление клеток (Carrel, 1923). По данным ряда авторов (Caillean et al., 1957; Olmsted, 1967), влияние сыворотки на рост культур зависит от общего содержания белка, фосфолипидов, холестерина, жирных кислот и соотношения белковых фракций. Действие сыворотки может также определяться изменением содержания в крови гормонов и веществ, имеющих свободные сульфгидрильные группы (Esber et al., 1973; Пащенко, 1978). Отдельно следует выделить вещества белковой природы, регулирующие деление клеток в тканях и получившие название «кейлонов», которые, возможно, способны проникать также и в сыворотку крови (Houck et al., 1973). Известны изменения биологической активности сыворотки крови человека при ряде заболеваний (Блок, 1966; Смирнов с соавт., 1982). Имеются также данные об изменении свойств сыворотки крови больных алкоголизмом (Глебов с соавт., 1980). Было показано (Григорьев, 1970), что сыворотка больных в состоянии абстиненции, введенная внутривенно в количестве 5—6 мл, вызывает у здоровых отчетливое ухудшение самочувствия и появление вегетативных симптомов абстиненции. Та же сыворотка, введенная испытуемым в период опьянения, вызывает быстрый отрезвляющий эффект. Автор расценивал полученные данные как доказательство существования гипотетического вещества печеночного происхождения — «защитно-токсического фактора алкоголизма».

Нами было показано (Пащенко, Сидоров, Ишеков, 1981, 1983), что влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на репродуктивную активность фибробластов эмбрионов человека (РА-ФЭЧ) в клеточной культуре не одинаково в различные сроки абстиненции. За период культивирования среднее число клеток в сыворотке больных алкоголизмом в расчете на 2 мл среды составило 491,1±14,0 тыс. клеток, а в контрольной группе — 433,0±14,3 тыс. клеток (t=3,03; p<0,01). Между РА-ФЭЧ и днем абстиненции была обнаружена выраженная обратная корреляционная зависимость (r=—0,42; p<0,005). Статистически достоверное повышение биологической активности сыворотки больных алкоголизмом по сравнению с контролем отмечалось в течение месяца абстиненции.

Таким образом, материалы нашего исследования показали, что сыворотка крови больных алкоголизмом в первый месяц абстиненций оказывает более существенное активирующее влияние на репродуктивную активность фибробластов эмбриона человека (РА-ФЭЧ), чем у больных в поздние сроки абстиненции, а также по сравнению с контрольной группой. По-видимому, эти данные свидетельствуют о развитии определенных деструктивных и регенерационных процессов у больных в зените заболевания, что сопровождается увеличением в крови биологически активных веществ, стимулирующих митотическую активность клеток. Обнаруженная нами повышенная биологическая активность сыворотки крови больных алкоголизмом, видимо, является проявлением гуморальной составляющей многопланового защитно-компенсаторного синдрома.

Выявленные корреляции между РА-ФЭЧ, длительностью и прогредиентностью алкоголизма иллюстрируют определенную надежность и информативность использованной нами методики клеточных культур, придавая ей в комплексе с другими маркерами заболевания существенную диагностическую ценность. Кроме того, методики клеточных и тканевых культур являются удобным и многообещающим инструментом моделирования соматогенеза алкоголизма.

Одним из перспективных направлений диагностики алкоголизма является использование радионуклидных методов. Г. П. Колупаевым с соавторами (1974, 1980) была предложена для этих целей радиоизотопная гепатография. Исходя из того, что печень является центральным звеном в метаболизме алкоголя и основным барьером на пути проникновения в организм продуктов его метаболизма, особое внимание обращалось на функциональное состояние печени, играющей исключительно важную роль в патогенезе алкогольной болезни.

Для определения уровня накопления изотопа в печени была использована трехканальная радиометрическая сцинтиляционная установка «Гамма» (Венгрия) с самопишущим гальванометром типа Н—320/3. Характер кривой поглощения изотопа печенью, клиренс крови и поступление индикатора в кишечник регистрировались датчиками с коллиматорами, установленными над печенью.

На основании проведенных радиогепатографических исследований у больных с I—III стадиями заболевания была обнаружена ускоренная поглотительно-выделительная функция печени (в 96,3% случаев). Подобное явление было обозначено авторами как «раздраженная печень». Описаны два типа гепатограмм, характерных только для хронической интоксикации алкоголем: типичная (тип А) и типично осложненная (тип Б).

У больных с гепатограммой типа А все показатели поглотительно-выделительной функции печени, по сравнению с показателями больных с хроническим гепатитом неалкогольной этиологии (контрольная группа), изменялись в противоположном

направлении. В частности, гепатограмма типа А характеризовалась быстрым и крутым подъемом поглотительного сегмента (t_1=16,3±3,8 мин), коротким плато (t_2=11,4±6,0 мин) и сравнительно быстрым спадом выделительного сегмента. Приведенные временные параметры заметно короче нормальных, что свидетельствует о повышении поглотительно-выделительной функции печени. Это подтверждается также быстрым поступлением в кишечник индикатора (t_4=17,2±5,2 мин против 28,6±5,3 мин в норме), укорочением постоянной времени поглощения (Тп=5,2±0,9 мин), полупериода клиренса крови (Тк=6,8±0,6 мин) и некоторым увеличением процента поглощенного из крови индикатора (59,4±4,3%). Следовательно, кривые гепатограмм у больных алкоголизмом отличаются не только от явно патологических, но и от нормальных.

Гепатограмма типа Б была определена как типично осложненная. В начальной стадии она полностью сохраняла особенности типичной кривой, т. е. характеризовалась таким же крутым подъемом сегмента, отражающего поглотительную функцию печени, но отличалась более продолжительным плато и несколько меньшим сокращением времени максимального накопления индикатора (t_2=19,0±0,3 мин). Все другие показатели колебались в пределах нормы. Некоторое удлинение плато рассматривалось как ухудшение выделительной функции печени.

Показательно, что даже через 2—4 года стойкой ремиссии сохраняется ускорение поглотительно-выделительной функции печени, изменяется лишь соотношение типов А и Б. В ходе радиоизотопных исследований у одних и тех же больных была выявлена положительная динамика функционального состояния печени. Количество типичных гепатограмм (тип А) увеличилось с 28,6 до 51,0% в период лечения и до 81,7% после длительной ремиссии. В то же время число больных с типично осложненной гепатограммой (тип Б) резко снизилось в период лечения и становления ремиссии (71% больных до лечения и 12,2% после ремиссии). Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что, несмотря на положительную динамику функционального состояния печени, остается по-прежнему ускоренной поглотительно-выделительная функция, находящаяся в цепи ранее сформировавшейся зависимости от алкоголя. Приобретение печенью свойства ускоренного метаболизма создает постоянную готовность к рецидивам алкоголизма (Колупаев, 1981).

Однако при использовании гепатографии требуется на одного обследуемого значительное количество времени (до одного часа). Чтобы составить заключение о функциональном состоянии паренхимы печени, производят анализ кривых гепатограмм по 8 параметрам с использованием трех формул. Многие острые и хронические заболевания неалкогольной этиологии способны существенным образом искажать показатели гепатограмм (острые и хронические гепатохолециститы, желчнокаменная бо-

лезнь, тиреотоксикоз, лимфогранулематоз и другие). Все перечисленные моменты затрудняют применение данного способа.

С целью упрощения и сокращения времени проведения теста, уменьшения радиационной нагрузки, а также расширения возможностей ранней диагностики алкоголизма нами предложено радионуклидное исследование экскреторной функции почек (Сидоров, Ишеков, Смирнов, 1982).

С помощью изотопной ренографии обследована группа из 152 больных алкоголизмом I—III стадий в возрасте от 16 до 60 лет. Исследование всех больных проводилось в условиях наркологического стационара на протяжении 1—2 месяцев. Радиоизотопные исследования выполнены на базе лаборатории радиоизотопной диагностики Архангельского областного онкологического диспансера. При отборе больных исключались лица с почечными заболеваниями в анамнезе, в алкогольном опьянении, беременные женщины, лица пожилого возраста с выраженной соматической отягощенностью. Исследование проводилось в покое, натощак, в условиях комфортной температуры.

Была использована радиографическая установка «Гамма» с двумя каналами (позволяющими получить две кривые, характеризующие функцию каждой почки в отдельности) и самопишущий гальванометр. Два детектора располагались над поясничной областью соответственно проекции каждой почки (толщина стенок свинцового коллиматора 2,5 см, глубина — 4—4,5 см при диаметре отверстия канала 4 см). Технические условия регистрации ренограммы: постоянная времени интенсиметра — 10 с, скорость движения ленты самописца — 120 мм/ч. При исследовании больной находится в положении сидя. Внутривенно вводят гиппуран, меченный I^{131} из расчета 0,1—0,15 мкКИ на 1 кг массы обследуемого. В течение 7—11 мин производилась графическая запись. Результаты оценивались по следующим параметрам: 1) T_{max} — время наступления максимального подъема почечной кривой (в норме 3—4 мин); 2) $T^1/_2$ — время снижения амплитуды кривой на 50% от максимального подъема (в норме 10—12 мин).

Для контроля была отобрана группа из 54 человек — призывников в Советскую Армию, которые обследовались в радиоизотопной лаборатории для исключения вазоренальной гипертонии и впоследствии этот диагноз был у них исключен. Никто из представителей контрольной группы не злоупотреблял алкоголем.

Анализ полученных материалов обнаружил достоверное ускорение секреторно-экскреторной функции почек у больных хроническим алкоголизмом по сравнению со здоровыми лицами (табл. 10), причем наиболее отчетливо выражено ускорение во II стадии заболевания, хотя ренографические показатели I и III стадий также существенно отличаются от нормы. Наиболее информативным показателем ренографии оказалось $T^1/_2$. Рено-

графическая кривая при хроническом алкоголизме значительно сужается за счет ускорения T_{max} и $T^1/_2$.

Возраст больных алкоголизмом существенно не влияет на показатели изотопной ренографии (табл. 11): во всех группах отмечалось достоверное ускорение секреторно-экскреторной функции почек по сравнению с контрольной группой, а между отдельными возрастными группами различия не выявлены. Этот факт особенно значим для диагностики ранних форм алкоголизма, где возрастные особенности подростково-юношеского контингента существенно искажают клиническую картину заболевания.

Основными преимуществами ренографии являются: 1) быстрота исследования — на одного больного требуется 7—11 мин; 2) простота получения и обработки данных, так как используется только один параметр — $T^1/_2$ левой почки и $T^1/_2$ правой почки (в то время как при гепатографии 8 параметров с использованием специальных формул), полученный с двух каналов (при гепатографии — с трех каналов); 3) доза облучения в 10 раз меньше, чем при гепатографии; 4) метод может быть рекомендован для ранней диагностики алкоголизма, при массовых обследованиях в качестве теста на скрытый алкоголизм (точность диагносцирования 98%).

Приведем два примера использования этого способа.

Пример 1. Больной И-ов, 20 лет. В течение последнего года 7 раз помещался в медвытрезвитель, неоднократно был замечен на работе в состоянии алкогольного опьянения. В опьянении агрессивен, склонен к асоциальным поступкам. Администрация предприятия ходатайствует о направлении гражданина И-ова в ЛТП (лечебно-трудовой профилакторий). На ВКК других объективных сведений, свидетельствующих о наличии у больного хронического алкоголизма, не выявлено. Больной алкогольный анамнез не раскрывает. Проведено радиоизотопное функциональное обследование на десятый день абстиненции. Параметры: $T^1/_2$ правой почки — 6 мин, $T^1/_2$ левой почки — 7,5 мин. Обнаружено значительное ускорение экскреторной функции почек, свойственное хроническому алкоголизму. Больной, поставленный перед неопровержимыми фактами, дает убедительный алкогольный анамнез. Больной оформлен в ЛТП.

Пример 2. Больной Г-ов, 21 год. Находился в туберкулезном отделении на лечении. По расспросам родственников (брата, матери) больной склонен к злоупотреблению спиртными напитками. Лечащим врачом поставлен диагноз «хронический алкоголизм I стадии» и назначено соответствующее лечение. Больной алкогольный анамнез не раскрывает, требует консультации ВКК. Проведена радиоизотопная ренография: $T^1/_2$ правой почки — 11,5 мин, $T^1/_2$ левой почки — 11,0 мин. С места работы больного получена положительная характеристика. Диагноз алкоголизма снят.

Известно (Езриелев, 1975), что 80% принятого алкоголя перерабатывается в печени и 20% — в почках: сначала с помощью

фермента алкогольдегидрогеназы (АДГ) он окисляется до ацетальдегида (1-я фаза), который потом с помощью альдегиддегидрогеназы (АльДГ) превращается в уксусную кислоту (2-я фаза). Этанол может также метаболизироваться в микросомах, содержащих гладкий эндоплазматический ретикулум (ГЭР), с помощью так называемой микросомиальной этаноло-окисляющей системы (МЭОС). Установлено, что АДГ/АльДГ метаболизируют 3/4, а МЭОС 1/4 этанола в организме (Leiber, 1973). При алкоголизме происходит индукция активности МЭОС (Tieden, 1974) в связи с усилением пролиферации гладкого эндоплазматического ретикулума печени и почек (Rubin, Lieber, 1971).

Полученные нами данные об ускорении секреторно-экскреторной функции почек при хронической интоксикации алкоголем согласуются с данными, показывающими существенную компенсаторную гиперфункцию в гепатолиенальной и гепаторенальной системах у больных с развернутой стадией алкоголизма. В частности, были проиллюстрированы связи ускоренной поглотительно-выделительной функции печени с морфологическими изменениями в микросомиальной структуре гепатоцитов (Колупаев, 1981) и повышения толерантности к этанолу с алкогольной адаптивной гепатомегалией (Мухин, 1980).

Литературные данные (Блюгер и др., 1980) и наши материалы заставляют пересмотреть тактику медикаментозного лечения больных алкоголизмом, ибо не вызывает сомнения, что изменение темпа метаболических процессов в печени и почках распространяется и на фармакологические препараты. Последние в зависимости от особенностей превращения в печени и экскреции почками могут либо избыточно накапливаться, либо нежелательно быстро инактивироваться.

Радиоизотопные методы диагностики хронической алкогольной интоксикации могут быть особенно перспективными для выявления скрытого алкоголизма, когда нет достоверного объективного анамнеза и четких признаков абстинентного синдрома, а также при экспертизе обследуемых на различных этапах заболевания.

Однако было бы грубой методологической и логической ошибкой ставить диагноз на основании изменений показателей функции какого-либо одного органа, ибо болезнь — многосистемное расстройство. Любые лабораторные методы могут оцениваться и использоваться лишь в комплексе с клиническими наблюдениями, психологическими исследованиями, анамнестическими сведениями и объективными данными. Они лишь дополняют и расширяют диагностические и прогностические возможности современной клинической наркологии.

Многие показатели распространенности алкоголизма и его осложнений свидетельствуют о важности исследований, направленных на более раннюю диагностику хронического токсического процесса, а следовательно, на своевременную его профилак-

тику и лечение. Объективизация критериев ранней диагностики алкоголизма является важнейшей предпосылкой сопоставления и обобщения результатов клинико-эпидемиологического исследования алкогольных заболеваний, а также изучения механизмов формирования нервно-психических и соматических расстройств.

Потребность сегодняшнего дня — выявление диагностических критериев соматического алкоголизма — обусловлена не только сугубо практическими целями. Выработка этих критериев будет способствовать междисциплинарному исследованию патогенеза алкоголизма и расширению наших лечебных возможностей.

3. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ

Наш опыт лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним больным алкоголизмом достаточен, чтобы увидеть желаемую структуру подростковой наркологической службы, но требуются еще значительные усилия по ее становлению.

Применяя к подросткам сложившуюся структуру «большой» наркологии, можно выделить ряд традиционных звеньев: подростковый наркологический кабинет, подростковое наркологическое отделение, специальное отделение ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии.

Трудности лечения развернутых стадий алкоголизма у взрослых, казалось бы, порождают необходимость выявления заболевания у более молодых возрастных групп. Однако усилия в диагностике подросткового алкоголизма пока не дают прироста эффективности лечебных мероприятий. Более того, у подростков «ножницы» между разработанностью клиники и успешностью терапии еще заметнее, чем у взрослых. Можно выделить ряд достаточно специфических трудностей организации наркологической помощи подростковому контингенту.

1. Психологические особенности подростково-юношеского возраста, проявляющиеся, в частности, в полной анозогнозии, непрочных социальных связях, отсутствии видения перспективы жизни, выраженности реакции эмансипации и протеста.

2. Отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями подростковой наркологической службы: есть подростковые наркологические кабинеты, но практически еще не созданы подростковые наркологические отделения.

3. Подростковый алкоголизм — маркерный признак нездоровой микросреды, а ее «терапия» чрезвычайно сложная задача.

4. Трудности координации работы всех государственных и общественных институтов по лечебно-профилактической помощи «трудным» и злоупотребляющим алкоголем подросткам. Их работа требует единого методического руководства, необходимы

совместные решения по антиалкогольной пропаганде, профилактике правонарушений, лечению и реабилитации наркологического контингента подростков.

5. Частота преморбидной патологической отягощенности у «трудных» подростков требует строго дифференцированного подхода к санированию «почвы» ранних форм алкоголизма.

6. Трудности коррекции нравственного сознания и педагогическая запущенность подростков, затрудняющие контакт и выработку социально значимых установок.

Исходя из перечисленных трудностей лечебно-профилактической работы и особенностей контингента, можно выделить ряд организационных принципов подростковой наркологической службы.

1. Микрорайонно-групповой характер антиалкогольной работы в целом и лечения в частности, требующий помещения в стационар всей алкогольной группы во главе с лидером (лечение последнего лучше проводить отдельно от остальных). Госпитализироваться должны, естественно, только подростки с официально установленным диагнозом алкоголизма.

2. Оздоровление микросоциальной среды и лечение алкоголизма у родителей.

3. Коррекция и санирование биологической «почвы» (астеноневротические состояния, патохарактерологические развития личности, органическая церебральная недостаточность и т. д.).

4. Комплексность и единство медико-социальных мероприятий и усилий по нравственному развитию личности наркологического контингента подростков.

5. Сочетание корректирующего и компенсирующего направлений в антиалкогольной работе с подростками. Корректирующее направление антиалкогольной деятельности предполагает прямое фронтальное воздействие на алкогольное поведение несовершеннолетних и, как правило, вызывает негативную реакцию у объекта воздействия. Компенсирующее направление имеет то преимущество, что влияет косвенно и в большей степени непринужденно. Оно связано с созданием противодействующих обычаям алкогольной группы сил, с формированием у подростков негативных алкогольных установок, таких мировоззренческих, нравственных и эстетических ориентаций, которые противодействуют возникновению социально опасных отклонений сознания, деятельности и поведения.

6. Непрерывность воспроизводства реабилитационных усилий на протяжении всего пубертатного периода. От момента выявления алкоголизма до совершеннолетия больные подростки должны пройти примерно следующие этапы: а) подростковый наркологический кабинет; б) подростковое наркологическое отделение; в) отделение ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии; г) ПТУ или специальное ПТУ. Групповой характер потребления и психическая взаимозависимость, практическая невозможность амбулаторной терапии требуют же-

ской последовательности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, подростковая наркологическая служба, переживающая сегодня весьма активный период становления, нуждается в законодательном закреплении своей структуры, прав и обязанностей.

4. ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ

Видный советский психиатр А. Е. Личко (1983) подчеркивает необходимость четко разграничивать ранний алкоголизм и раннюю алкоголизацию. Если ранняя алкоголизация у подростков соответствует бытовому пьянству взрослых, то ранний алкоголизм имеет своеобразные проявления, обусловленные особенностями пубертатного возраста. В подростковом возрасте признаки алкоголизма выступают в существенно трансформированном и искаженном виде по сравнению с ранними признаками алкоголизма у взрослых.

Учитывая распространенность ранних форм алкоголизации и алкоголизма, своеобразие их социальных и клинических проявлений, представляется возможным отнести подростковую наркологию к особому разделу наркологии и подростковой психиатрии, к новому научному направлению на стыке этих двух еще очень молодых наук. Исследования алкоголизации и алкоголизма в подростково-юношеском возрасте позволяют считать, что перед нами новый для наркологии и психиатрии предмет изучения. Так, с медико-биологической точки зрения алкоголизм у подростков отличается своеобразием морфофункциональной почвы, злокачественностью развития и течения, особенностями клинических проявлений, специфическими трудностями диагностики, необходимостью разработки принципиально новых лечебно-реабилитационных программ. С психологической точки зрения подросток и юноша значительно отличаются от взрослого человека как строением, так и динамикой мотивационной и ценностно-смысловой сфер личности. Психологические причины алкоголизации в этом возрасте носят качественно отличный от причин алкоголизации во взрослом возрасте характер, и поэтому, в частности, необходима разработка новых методов психологической и социальной реабилитации таких больных.

Сам факт интенсивного формирования в последние годы подростковой наркологической службы является практическим подтверждением развития нового направления наркологической науки — подростковой наркологии.

Подростковая наркология — *это раздел наркологии и подростковой психиатрии, изучающий особенности этиологии и патогенеза, клиники и диагностики, лечения и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в пубертатном возрасте.*

ГЛАВА VI

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Вполне очевидна чрезвычайная опасность раннего алкоголизма (в социальном, психологическом и медицинском планах), поэтому нет нужды специально обосновывать общегосударственную необходимость действенной профилактики этого явления. Заметим лишь, что значимость профилактики здесь особенно велика, поскольку собственно болезнь — алкоголизм в подростково-юношеском возрасте протекает, как мы видели, столь быстро и злокачественно, столь глубоко искажает еще не сформированную, незрелую личность, что вероятность излечения его развитых форм при всех усилиях современной наркологии остается пока крайне ничтожной. Остановимся на некоторых психологических аспектах профилактической работы в этой области.

Как уже неоднократно подчеркивалось, важнейшей специфической предпосылкой развития личности является культура, которая конкретно выражается в значениях, образах, нормах, обычаях и т.п. Причем вместе со всем положительным, что достигнуто и накоплено предшествующими поколениями, в наследство новым поколениям остаются и отрицательные установки. Особенно отягощенной, как мы видели, является та микросреда, микрокультура, в которой вырастали наши несовершеннолетние пациенты. Понятно поэтому, что необходимым направлением профилактики является оздоровление этой микросреды, те усилия, которые связаны с противостоянием «пьяному быту», вплоть до экстренных мер изъятия из него ребенка путем лишения пьяниц родительских прав.

Вместе с тем существующие в определенной микросреде пагубные обычаи не следует рассматривать сугубо изолированно от жизни общества, считать их, как это иногда делается, только пережитками, «родимыми пятнами» капитализма. «Недостатки нашего быта и наших характеров, — писал еще А. С. Макаренко, — порождаются по нашей вине, по вине неразработанности новой этической системы и недостаточного изучения нравственных традиций» (1950, с. 428).

Все это порождает необходимость, с одной стороны, широкой, адресованной всем группам общества антиалкогольной пропаганды, а с другой — необходимость разработки, а главное внедрения новых нравственных традиций, несовместимых с какими бы то ни было формами пьянства, традиций, противостоящих и вытесняющих нынешнее, в целом весьма терпимое в са-

мых разных слоях общества отношение к алкоголю (вспомним хотя бы тот факт, что приобщение к алкоголю большинства детей, в том числе и благополучных, происходит именно в семье). В последнее время много говорят и пишут о новых обрядах и ритуалах, все более торжественно отмечают свадьбу, рождение ребенка и т. д., но, к сожалению, эти даже по-новому справляемые обряды по-прежнему сопровождаются обильным винопитием. Несравненно лучше, казалось бы, обстоит дело с антиалкогольной пропагандой: массовыми тиражами выходят брошюры, снимаются научно-популярные фильмы, ведутся просветительные беседы по радио и телевидению. И все же эффект пропаганды остается весьма низким. Что же касается наших пациентов, то, по их словам, они либо вовсе не встречались с антиалкогольной пропагандой, либо она не произвела на них никакого впечатления. Чем же объясняется такое положение?

Среди прочих причин (стереотипность приемов воздействия, нерегулярность усилий, игнорирование возрастной специфики аудитории и др.) можно отметить и следующие психологические моменты.

Почти каждый автор популярной статьи или брошюры по проблемам алкоголизма стремится поразить воображение читателя как можно более отталкивающим примером пагубности пьянства: «тракторист М. в пьяном виде задавил трехлетнюю девочку», «гражданин К., будучи пьяным, после ссоры, возникшей из-за пустяка, выстрелом из охотничьего ружья тяжело ранил своего друга» и т. п. Эти примеры, естественно, вызывают единодушное осуждение, но чаще не пьянства, не выпивки, а тракториста М. или гражданина К. Осуждение порой доходит до крайних мер, однако минует главный, кардинальный психологический факт, состоящий в том, что ни тракторист М., ни гражданин К. не родились такими, но прошли какой-то путь, часто достаточно сложный и долгий, прежде чем совершили связанное с пьянством преступление, что они есть не исключение, а подтверждение жесткой логики этого пути, его в известной степени психологической принудительности, и, следовательно, каждый, именно каждый (я, мой сын, брат, друг), кто вступает или тем более уже стоит на нем, подвергает себя грозной опасности прийти к таким же результатам.

Так, впечатляющий эпизод, выхваченный из жизни, оставляет закрытыми для широкой публики извилистые лабиринты, подходы к нему, порождая дружное (даже среди пьяниц) осуждение случившегося, но не понимание его корней, его принципиальной возможности при определенных условиях для любого из окружающих[1]. Сколько бы мы ни изучали влияние алкоголя на

[1] Огромную роль в раскрытии для широкого круга людей внутренних закономерностей и причин трагедии пьянства могли бы сыграть писатели, художники слова. Между тем в советской художественной литературе последних лет можно назвать, пожалуй, лишь одно по-настоящему сильное произведение, посвященное этой теме, — повесть «Серая мышь» В. Липатова.

организм и нервную систему, возможности диагностики и прогнозирования становления симптомов алкогольной болезни (см., например, предыдущую главу), следует помнить, что спивается не сам по себе организм, а человек, что, в отличие от других видов тяжких психических заболеваний, алкоголизм остается единственным, как говорили еще древние, «добровольным сумасшествием», т. е. сумасшествием, открытым каждому «добровольцу»: одному вследствие слабости организма быстрее, а другому, кто покрепче — позже.

Отметим еще один характерный момент антиалкогольной пропаганды, связанный на этот раз не столько с попытками вызвать моральное осуждение, сколько с попытками запугать последствиями пьянства прежде всего для здоровья человека. В брошюрах и просветительных беседах вам опишут и покажут на красочном плакате печень алкоголика, сердце алкоголика, мозг алкоголика, расскажут о том, как от рюмки водки нарушается координация движений, работоспособность, сообразительность и т.п.

Однако и такое воздействие оказывается малоэффективным. С психологической точки зрения это можно объяснить не только тем отчуждением результата от процесса, о котором мы говорили выше («это у алкоголика С. скукожилась печень, а у меня этого, конечно, не будет»). Есть и другая важная причина. Дело в том, что все эти воздействия направлены к одной и, разумеется, очень важной цели — доказать, что пить плохо. Авторы полагают, видимо, что, будучи основательно напуган «ужасами» алкоголизма, человек воспротивится пьянству (в этом отношении характерно название одной из брошюр, непосредственно обращенных к подросткам и молодежи, — «Скажи себе нет!»). Однако психологи знают, что только негативные стимулы, одни лишь «мотивы избегания» не могут сколь-нибудь длительно и эффективно определять сложное жизненное поведение, и нужны, следовательно, помимо негативных, те позитивные элементы, перспективы, цели, мотивы, ради которых необходимо подвергнуть себя ограничению и сказать себе «нет». Иными словами, наглядно показывая, почему пить плохо, антиалкогольная пропаганда не говорит совсем или говорит крайне невнятно, неубедительно, общими фразами о том, почему хорошо не пить, почему трезвеннический образ жизни во всех отношениях превосходит образ жизни злоупотребляющих алкоголем людей.

Наличие таких позитивных идеалов трезвости в особенности важно для молодежи, для которой, скажем, ценность здорового функционирования печени выглядит как далекая абстракция, и сколько бы пропаганда ни запугивала пагубностью пьянства, ее эффект без реальных, привлекательных, доступных восприятию и пониманию подростка примеров превосходства трезвости над пьянством будет незначительным.

Перейдем к психологическим аспектам профилактики алкоголизма, относящимся к бытийной, деятельностной плоскости

развития личности. Истории жизни наших пациентов показывают, что серьезное неблагополучие возникает уже в младшем школьном возрасте. Необходимо обратить особое внимание на этот период, поскольку им во многом (хотя, как мы увидим ниже, не исключительно им) ограничены возможности профилактики раннего алкоголизма, ибо он потому и ранний, что развивается в подростково-юношеском возрасте, т. е. следующем непосредственно за младшим школьным.

Мы уже обсуждали в гл. IV, почему у наших пациентов происходили неудачи в осуществлении ведущей для младших школьников учебной деятельности, как в результате этого фрустрировалась самооценка, самоуважение ребят, как отделялись, выпадали они из школьного коллектива, как миновала их внешкольная воспитательная работа и как поэтому при наступлении подросткового кризиса и соответствующего переходного потребностного состояния без особых раздумий в качестве наиболее подходящего предмета новых возрастных потребностей выбирали они «уличную» компанию, в которой обязательным, существенным, а затем и стержневым моментом групповой жизни становились регулярные выпивки со всеми вытекающими отсюда последствиями вплоть до возникновения алкогольной болезни.

Можно ли было, однако, избежать такого поворота событий, можно ли было разорвать взаимосвязанную, плотно пригнанную цепь социально-психологических причин и следствий, приведших детей к катастрофе, и повернуть в какой-то момент их развитие в благополучное русло? Безусловно, можно. Кратко укажем лишь некоторые основные пути.

Сначала о детях, у которых фрустрация ведущей (учебной) деятельности была связана помимо семейного неблагополучия с некоторой церебральной недостаточностью, астеническим состоянием, нарушениями работоспособности, повышенной нервной и психической утомляемостью, лабильностью. Во-первых, необходимо специальное, особое внимание режиму труда и отдыха таких школьников, воспитание соответствующих привычек и навыков, оказание им, особенно на первых, постановочных этапах, организующей помощи в учебе. Во-вторых, существенным направлением профилактики является изменение оценок их личности. Оценки эти нельзя, вопреки общепринятому шаблону, жестко связывать только со школьными отметками. В-третьих, для подобных детей существуют особые школы (лесные школы, школы при специальных детских санаториях, школа-интернат при Институте дефектологии АПН СССР и др.) с соответствующим индивидуальным подходом, с сокращенным временем уроков, с более растянутой по срокам программой обучения, которая, однако, в целом совпадает с программой общеобразовательной школы (напомним, что речь идет пока не об олигофренах или детях, перенесших достаточно серьезное поражение нервной системы, о них чуть позже, а о детях с той

или иной — часто весьма стертой — церебральной недостаточностью). Учет этих требований и в особенности своевременный перевод даже на короткое время в такие школы оказываются крайне важными для развития подобных детей, поддержания их должной самооценки, профилактики отклонений личности. Приведем в качестве примера одно из наблюдений, заимствованное из работы Т. А. Власовой и М. С. Певзнер (1973).

НАБЛЮДЕНИЕ 4. ЖЕНЯ К., 10 ЛЕТ.

Был направлен на медико-педагогическую консультацию из-за явной недисциплинированности: дерется с детьми, не подчиняется педагогу, срывает уроки. Резко снижена успеваемость. В последнее время пропадает весь день на улице и, находясь среди старших по возрасту детей, усваивает от них дурные привычки. Домашние условия неблагоприятные. Отец пьет, неуравновешен в общении с членами семьи. Мать по-своему заботится о мальчике, но не ровна в обращении: то заласкивает, то кричит и наказывает, особенно после того как ее вызовут в школу.

При исследовании в медико-педагогической консультации выявилось, что у мальчика сохранна интеллектуальная сфера и что трудности в поведении и обучении были обусловлены вторичными характерологическими изменениями, которые появились в результате ослабленности, утомляемости ребенка, неблагоприятных условий, создавшихся для него в школе и в семье.

Женю направили на 6 месяцев в лесную школу, где был специальный режим, организующая помощь, индивидуальный педагогический подход, общеукрепляющее лечение. В результате мальчик окреп, стал спокойнее, повысилась его работоспособность, были восстановлены основные пробелы в школьных знаниях и, что самое главное, у него появился интерес к учебе, к школьным занятиям. По возвращении в прежнюю школу был взят на учет школьным врачом. По катамнестическим сведениям, ребенок через полтора года повторно был направлен в лесную школу. Все это дало возможность стать Жене успевающим учеником, выровнять его отношения с другими, его поведение и характер.

Еще одним путем профилактики, в равной степени важным не только для рассматриваемого, но и для всех контингентов неблагополучных детей, является вовлечение их в такого рода внешкольную, внеучебную деятельность, в которой могли бы проявиться их способности, душевные качества, где бы они могли получить одобрение, знаки внимания, уважения окружающих ребят и взрослых.

На анализе последнего направления мы остановимся ниже, а пока перейдем к тем нашим пациентам, которые выросли в неблагополучных семьях и у которых выявилась более серьезная, чем в предыдущей группе, резидуальная органическая патология или даже была констатирована олигофрения, часто в степени легкой дебильности. Будучи отправлены в массовую школу, эти дети вскоре неизбежно начинали серьезно отставать в учебе со всеми вытекающими отсюда психологическими последствиями. Отставание это, однако, было вызвано не только повышенной утомляемостью и лабильностью, как в предыдущей группе, а общим снижением уровня мышления, его сугубо конкретно-ситуационной структурой (Зейгарник, 1962) и, по су-

ти дела, принципиальной невозможностью овладения программой общеобразовательной школы.

Значимой мерой профилактики в этом случае является своевременный перевод таких детей во вспомогательную школу для умственно отсталых, где в значительно удлиненные сроки (8 лет) они овладевают программой начальной массовой школы, получают профессиональную подготовку по несложным видам труда в промышленности, бытовом обслуживании и сельском хозяйстве. Практика показывает, что эта мера значительно сокращает вероятность асоциального развития таких детей. Психологи справедливо связывают это с удовлетворением возрастных потребностей детей в самоуважении, одобрении, определенном месте в коллективе, которые постоянно фрустрируются в массовой школе, ибо в массовой школе такой ребенок все время терпит неудачи в учебе по сравнению с другими, тогда как во вспомогательной — он рядовой ученик в коллективе таких же, как он, ребят.

В этом отношении весьма показательна работа Л. Н. Поперечной и С. Я. Рубинштейн (1973). Ими были изучены две группы детей, перенесших в раннем возрасте органические поражения головного мозга. В первую группу вошли те ученики массовой школы, которых в свое время психологи и педагоги рекомендовали перевести во вспомогательную школу, но их родители категорически воспротивились такому переводу. Ко второй группе были отнесены те, кто был вовремя переведен во вспомогательную школу. Полученные спустя шесть лет катамнестические сведения показали следующее. Вошедшие в первую группу, как и следовало ожидать, длительно не успевали в массовых школах со всеми вытекающими отсюда последствиями. Многие из них в подростковом возрасте без сожаления бросили школу и сбивались на путь асоциального поведения, пьянства, оказывались в исправительно-трудовых колониях. Во второй группе — выпускников вспомогательных школ — оказалось гораздо больше юношей и девушек с положительной направленностью личности. Они работали, самостоятельно жили, строили собственные семьи. Авторы описывают случаи, когда стойкая положительная направленность наблюдалась даже у тех, кто после окончания школы-интерната вынужден был жить в одной квартире с родителями-алкоголиками. Согласно данным этого исследования решающую роль в возникновении отрицательной направленности личности у первой группы сыграла именно длительная неуспеваемость в школе, т. е. неуспех в основном виде деятельности. Во второй же группе, напротив, успехи в учебной и трудовой деятельности способствовали формированию положительных интересов и ценностей, положительной направленности личности.

Меры психопрофилактики раннего алкоголизма, конечно, не ограничиваются лишь применением их к неблагополучным детям, отягощенным той или иной органической недостаточ-

ностью. Существуют в «группе риска» и такие дети, у которых не выявляется органической недостаточности и наследственной отягощенности. Однако все эти случаи характеризуются выраженной так называемой педагогической запущенностью, отсутствием должного родительского надзора, заменой воспитания наказанием и т. п., в результате чего ребенок также выходит на рубеж подросткового возраста отчужденным от школьного коллектива и ведущей учебной деятельности. Необходимо, следовательно, и в этих случаях применять действенные меры профилактики, среди которых следует выделить организующую помощь в учебе, отсутствие жесткой связи между оценками успеваемости и оценками личности, вовлечение во внешкольную воспитательную работу. Последняя, как уже подчеркивалось, является важнейшим элементом психопрофилактики раннего алкоголизма для «группы риска», причем особенно возрастает ее значение на решающем для большинства наших пациентов подростковом рубеже, когда она, по сути дела, может сыграть роль последнего шанса избежать падения. Остановимся поэтому подробнее на данном моменте.

Вернемся к схеме потребностного состояния, характеризующего подростковый кризис. Предмет, который будет адекватен этому потребностному состоянию и который имеет бóльшую возможность быть выбранным среди прочих, должен отвечать стремлениям подростка ко взрослости, собственной значимости и в то же время к личному, теплому, как уточняет Д. Б. Эльконин, интимно-личностному общению. Наибольшей вероятностью стать таким предметом обладает группа сверстников при наличии: 1) теплоты, тесных личностных связей и общений в ней; 2) общего дела, объединяющего группу, общих целей, задач, общих врагов и друзей; 3) атрибутов взрослости, собственной значимости; 4) элемента «особости», порой тайны, некоторого превосходства над другими подобными группами и т. п. Жизнь наших пациентов складывалась так, что в качестве такой группы они выбирают «уличную» компанию и, что важно, в дальнейшем остаются в ней, закрепляются в зоне ее влияния, претерпевая вместе с ней изменения в сторону асоциальности.

Является ли этот выбор и дальнейшее закрепление ребенка в асоциальной компании необратимым процессом? Чтобы ответить на этот вопрос, вновь обратимся к конкретному наблюдению, взятому на этот раз из практики работы туристского клуба школьников «Изыскатель» Советского района г. Москвы (руководитель клуба — С. Н. Волков, научный консультант — Б. С. Братусь).

НАБЛЮДЕНИЕ 5. ВАЛЕРИЙ К., 18 ЛЕТ.

Родился вторым ребенком. Отец — тяжкий алкоголик в стадии запойного пьянства. Внимания детям не уделял, в состоянии опьянения часто скандалил дома. Мать много работает, чтобы материально обеспечить семью.

Мальчик рос подвижным ребенком, в дошкольном детстве, вследствие неблагополучия и отсутствия надзора в семье, почти все время проводил на улице, во дворе, рано стал самостоятельным. В школу пошел с 7 лет. Дублировал первый класс (в третьей четверти два месяца пролежал в больнице). Повторное обучение в первом классе интереса у мальчика не вызвало. В начальной школе учился на двойки и тройки, был недисциплинированным, на этой почве возникали постоянные конфликты с учителями. К 13 годам все меньше внимания уделяет учебе, зато полностью переносит свою активность на улицу, где складывается уличная компания с гипертрофированным культом дружбы внутри своего узкого круга («браты»). Принимает участие, часто как инициатор и предводитель, в случающихся здесь драках, в которых «выясняются» территории влияния «дворов» и «улиц» района-новостройки. В одной из таких драк получил травму головы с потерей сознания. Непременным атрибутом групповой жизни становится выпивка. В шестом классе (14 лет) ставится на учет в органах милиции, отмечены неоднократные появления в общественных местах в нетрезвом состоянии. К 15 годам в школе окончательно формируется представление о Валерии как о крайне плохом ученике (тяжелая неуспеваемость, особенно по русскому языку и математике) и опасном хулигане, состоящем на учете в милиции.

С такой характеристикой К. пришел на первое организационное собрание туристского клуба. Побудили его к этому любопытство, вызванное развешанными в коридоре школы яркими фото далеких походов, перспектива путешествия на Кольский полуостров и сама фигура тогдашнего руководителя — совсем молодого человека, разностороннего спортсмена, всегда подтянутого, ладно одетого, а главное — искренне расположенного к воспитанникам, готового отдавать им все свое время и силы.

Поначалу, в самых первых тренировочных походах К. пытался насаждать усвоенные прежде шаблоны отношений: сколачивал свою компанию с особыми привилегиями, использовал физическое превосходство, сквернословил и т. п. Однако руководитель, угадав потенциальные возможности подростка, сразу поставил его в особую позицию в клубе — позицию защитника, опекуна младших и слабых членов клуба, без которого им (младшим) будет плохо, они не справятся с тяготами путешествия. Эта позиция, оказавшаяся наиболее адекватной в воспитательном смысле для К., бывшего к тому же (из-за дублирования класса) переростком среди своих одноклассников, позволила в короткий срок выявить лучшие качества подростка, должным образом применить его лидерскую и организаторскую направленность. Валерий нес самые тяжелые рюкзаки, помогал младшим, лучше всех разжигал костер и организовывал привал, брал на себя наиболее трудную работу. Все это привело к тому, что К. стал пользоваться всеобщим признанием, уважением и любовью в коллективе — избирался командиром экипажа, дважды капитаном всего клуба. Разносторонняя клубная деятельность (тренировки, подготовка к походам, сами походы) оказалась несовместимой, а главное куда более привлекательной, чем прежняя, асоциальная. Разумеется, в новой походной жизни (а походы предпринимались часто весьма сложные) не оказалось места и выпивке, а позиция лидера, защитника, опекуна младших членов группы и вовсе исключала ее. Связь же с прежними «братами» сказалась в том, что троих из них он привел в клуб, причем один — Михаил Н. из очень неблагополучной семьи, дублировавший 4 и 6 классы, состоявший на учете в милиции и в психоневрологическом диспансере (последствия черепно-мозговой травмы), прошел тот же путь, что и К., став признанным лидером коллектива.

У руководителя клуба с К., Н. и другими ребятами-переростками установились тесные деловые и дружеские контакты: вместе придумывали и претворяли в жизнь коллективные дела (так, по инициативе К. была организована для младших военная игра «Зарница»), решали, куда пойти учиться после окончания восьмого класса, обсуждали перспективы будущего.

После 8 класса К. поступил в техническое училище, параллельно с этим, по совету руководителя клуба, учился в 9 классе школы рабочей молодежи. До армии работал автослесарем, в свободное время продолжая посещать клуб.

Катамнез спустя 5 лет. Во время службы в армии зарекомендовал себя с лучшей стороны, неоднократно получал поощрения командиров. Закончил службу в звании старшего сержанта. После демобилизации работает водителем грузового автомобиля. Женат, имеет ребенка. На общественных началах в школе, недалеко от места жительства, создал туристский клуб, основанный на традициях и методике клуба своего детства.

Проанализируем это наблюдение. Первая его часть полностью совпадает с предысторией раннего алкоголизма у наших пациентов: неблагополучное детство, отец-алкоголик, неудачи в учебной деятельности, дублирование классов, конфликты с учителями и т. п. Совпадающими оказываются и начальные этапы собственно истории злоупотребления — уличная компания, хулиганство, драки, асоциальная направленность и как ее необходимый атрибут — групповая выпивка, появление пьяного подростка в общественных местах.

Однако с определенного пункта данная история и истории наших пациентов существенно расходятся, что связано с выбором Валерием К. иного предмета, удовлетворяющего его возрастные потребности, нежели прежняя уличная, асоциальная по своей направленности компания. Первоначально выбор этот произошел по чисто внешним причинам — яркие фото дальних путешествий, атлетически сложенный, веселый и открытый руководитель и т. п. Однако, «поймавшись» на эти внешние атрибуты и войдя в новый коллектив, Валерий К. обнаружил в нем новые межличностные отношения, новые их формы и возможности, новые перспективы приобретения собственной значимости, чувства взрослости. Эти новые формы оказались на поверку более привлекательными и глубокими, нежели прежние, осуществляемые в компании «братов». Этому явно способствовала и та позиция, в которую был сразу поставлен в клубе мальчик-переросток — позиция защитника младших, первого помощника взрослого руководителя в наиболее трудных походах. В результате потребности в самоуважении, в признании окружающих, раскрытие личностных особенностей, лидерские свойства — все это получило свою реализацию в качественно новой по сравнению с прежней совместной деятельности: если прежняя имела асоциальную направленность и так или иначе могла привести к противоправным поступкам, пьянству, раннему алкоголизму, то новая несла выраженную общественную, коллективистическую направленность.

Таким образом, возможности психопрофилактики раннего алкоголизма не ограничиваются только младшим школьным возрастом. Действенные меры принципиально возможны здесь даже тогда, когда неблагополучный, трудный подросток оказался уже вовлеченным в асоциальную компанию, в ее соответствующую деятельность, атрибутом которой является групповая выпивка. Дело в том, что выбор человеком в потребностном состоянии того или иного предмета вовсе не происходит по принципу импритинга, раз и навсегда совершившегося запечат-

ления, автоматически ведущего затем к строгому развертыванию деятельности, сразу становящейся главной и единственной. В особенности это касается незрелой еще личности подростка. Выбранная неблагополучным подростком асоциальная деятельность не становится сразу определяющей по отношению ко всему внутреннему пространству личности. Она, как и любая поначалу разворачивающаяся деятельность, парциальна, частична по отношению к этому пространству. Исследователи недаром обращают внимание на известную «приписанность» тех или иных свойств личности подростка той или иной деятельности. Так, в одной деятельности подросток может выявлять коллективистическую направленность, а в другой — сугубо индивидуалистическую (О. В. Лишин). Поэтому в подростковом возрасте долго сохраняется возможность через развитие новой деятельности, через ее последовательное расширение и углубление изменить прежние представления, взгляды, интересы и способы их осуществления. Надо, однако, спешить, пока групповая деятельность в асоциальной компании не стала ведущей, пока она еще парциальна, частична по отношению к возможным формам деятельности подростка, отвечающим его основным возрастным потребностям. При этом необходимо учитывать следующие психологические моменты.

Во-первых, появление новых свойств и новой направленности личности, взамен старых, возможно только в ходе развития соответствующей новой деятельности, а никак не путем одного, пусть и самого проникновенного, проповедования новых взглядов и интересов, никак не путем одних нравоучений и нотаций. Напомним, что свойства личности всегда деятельностно опосредствованы. Не будучи порождены соответствующей деятельностью, соответствующей жизненной активностью, они представляют из себя всего лишь пустую декларацию.

Следующие моменты, которые необходимо здесь подчеркнуть, связаны с обоснованной выше (гл. III) развернутой схемой движения деятельности, в которой выделяются три зоны: 1) потребностное состояние, выбор предмета; 2) закрепление предмета в качестве мотива, мотивообразование; 3) преобразование деятельности.

Чтобы «переопредметить» те потребности, которые находили свое удовлетворение в асоциальной деятельности, и тем самым положить начало построению новой цепи деятельности, призванной заменить, вытеснить прежнюю, асоциальную, необходимо учитывать специфику не какой-либо одной, а всех указанных этапов, зон, их взаимопереходов и взаимосвязей. Так, например, очень часто приходится мириться с тем, что предметы, мотивы, которые выбираются в первой и закрепляются во второй зоне движения деятельности, оказываются по многим своим характеристикам еще далекими от тех, которые мечтает видеть воспитатель у своих воспитанников. Желаемые мотивы, как правило, могут появиться лишь в результате длительного

и сложного воспитательного процесса, в то время как первые выборы играют нередко роль крючка, приманки для того, чтобы вовлечь подростка в новый коллектив, в сферу воспитательного воздействия. Непонимание этого момента сплошь и рядом приводит к тому, что от трудного подростка сразу требуют примерного поведения и похвальных мотивов. Это чаще всего кончается лишь тем, что такой подросток не принимает эти требования и, не чувствуя их внутренней необходимости, так или иначе уходит из поля зрения и влияния воспитателя, причем уходит, как мы знаем, чаще всего в асоциальную уличную компанию, которая, как это ни парадоксально, оказывается в данной ситуации куда более педагогически мудрой, ибо отвечает определенным возрастным потребностям подростка (например, потребности в неформальном, дружеском общении) и поначалу предъявляет новичку понятные и посильные для него требования. Следует помнить, что если не создать ребенку адекватные формы реализации его возрастных потребностей, то сами эти потребности не исчезнут, а будут искать иные предметы и формы реализации, не исключая отклоняющихся и асоциальных. Таким образом, воспитание должно вобрать в себя реальную жизнь ребенка, а не быть чем-то внешним, навязанным по отношению к этой жизни. Дилемма, стоящая здесь, достаточно остра: либо организованное воспитание с опорой на реальные потребности будет вести за собой развитие личности, либо это развитие пройдет своим стихийным ходом мимо организованного воспитания.

Но если даже нам удалось сформировать необходимую общественно значимую деятельность и она в данный момент увлекла ребенка, задача этим не исчерпывается. Необходимо постоянно поддерживать эту деятельность с помощью расширения арсенала средств ее осуществления, усложнения целей, развития потребностей и т. п. Если такая деятельность начинает раньше времени «провисать», лишается своих перспектив, реальной привлекательности, повышается и вероятность различного рода отклонений, вероятность выхода ребенка из поля воспитательных воздействий.

Вместе с тем надо помнить, что развитие любой предметной деятельности, обеспечение ее стабильности — не самоцель, а предлог, почва, материал, на основании которого необходимо осуществлять главную задачу — задачу нравственного формирования воспитанника, привитие ему честности, доброты, социальной активности, общественной направленности. Здесь, как видит внимательный читатель, мы переходим к выделенной выше (гл. III) третьей плоскости анализа личности — плоскости смысловой, нравственной. Заостряя данное положение, можно сказать, что для воспитателя, по сути, все равно, занимается ли ребенок туризмом, фехтованием, музыкой, театром, или плетением вологодских кружев, — важно, каким он становится человеком в ходе этих занятий. Это не значит, что продукт дея-

тельности, ее качество вовсе не играют роли. Понятно, что все надо стремиться делать как можно лучше, что стремление к этому само по себе есть одно из начал нравственности. Это значит лишь то, что предмет воспитания не совпадает с предметом обучения. Если в первом случае предметом является нравственно-ценностная, смысловая сфера, то во втором — интеллектуальная и операционально-техническая (Асмолов и др., 1979).

Наконец, важно знать, что в развитии любой деятельности, какой бы налаженной, социально значимой и удобной для воспитания она нам ни казалась, возможны кризисы, потребностные состояния, к которым должен быть готов воспитатель и к которым он должен исподволь готовить воспитанника с тем, чтобы выбор нового предмета обеспечивал его дальнейший нравственный рост и был адекватен выработанным нравственным установкам [2].

Что же касается содержания самих установок, содержания смыслообразующих полей сознания, то основным для профилактики отклонений личности путем развития должно быть опосредствованное соответствующими деятельностями движение, восхождение от узколичного и индивидуалистического к коллективистическому и всеобщему. Еще у А. Ф. Лазурского мы читаем: «В наибольшей степени обеспечивает духовное здоровье идеал альтруизма... Альтруизм в том или ином виде представляется нормой и средством и показателем наилучшей гармонии между личностью и средой. Здесь извращенных нет» (1923, с. 295, 299). Современные исследователи, используя несколько другую терминологию и более точные методы, целиком подтверждают эти суждения (Божович, 1968; Golomb, 1976; и др.).

* *
*

Мы видели, что путь, ведущий к раннему алкоголизму, имеет свои внутренние закономерности, свою достаточно жесткую психологическую и клиническую цепь развития, составленную из определенных звеньев, этапов (предыстория злоупотребления, включение в асоциальную компанию, привыкание к алко-

[2] Вот, например, характерное высказывание одного из участников подростково-юношеского отряда «Дозор», построенного на принципах, близких к вышеизложенным, и основанного О. В. Лишиным и А. К. Лишиной. «Всем самым дорогим «Дозор» может стать для человека лишь на некоторое время. Для меня отряд был наиболее ценным в 14—16 лет, а потом появилось стремление выйти в мир, проверить свои силы не в отряде, где рядом друг, а в неизведанном, загадочном, противоречивом мире: утвердить или не утвердить себя, проверить свои силы. Я чувствую — сейчас это необходимо». Понятно, что такой уход из сферы организованной, хорошо налаженной общественно значимой, общественно полезной деятельности, из сферы активного влияния воспитателей и коллектива, возникновение такого потребностного состояния должно восприниматься как вполне закономерное следствие логики развития личности, а вовсе не как неудача или срыв воспитательного процесса.

голю, развитие иллюзорно-компенсаторной деятельности, изменения смысловой сферы и др.). Значительную роль играют здесь внешние предпосылки такого развития (нарушения микросреды, микрокультуры) и нередко отягощенные, измененные по сравнению с нормой условия протекания психических процессов (неблагоприятная наследственность, травмы, нарушения работоспособности и т. п.).

Вместе с тем проведенный анализ показывает, что внутренняя логика аномального развития отнюдь не является единственно возможной для этих детей при данном стечении условий и предпосылок. В каждом из звеньев аномального развития при учете психологической специфики момента возможен поворот в благополучное русло и избегание тем самым роковых последствий асоциального пути и, в частности, раннего алкоголизма. Стоит, однако, помнить, что чем дальше уходит становление личности асоциального типа, тем более сложными для воспитания и более проблематичными становятся такие повороты. Что же касается раннего алкоголизма, если он все же возникает, то на этой стадии меры психологической профилактики, разумеется, полностью исчерпывают себя, уступая основное место мерам медицинского воздействия. Бороться с ранним алкоголизмом означает, следовательно, бороться с его истоками, пресекать самую возможность его возникновения. С собственно алкоголизмом бороться уже поздно — его надо лечить.

Итак, в деле антиалкогольного воспитания необходимо, во-первых, найти тот момент, период жизни человека, когда «антиалкогольное» воздействие будет для него действенным, а во-вторых, определить сам характер этого воздействия, его психологическую сущность и педагогические формы. Приведенные данные показывают, что ключевым периодом в этом отношении является младший школьный и в особенности подростковый возраст. Что касается второго вопроса — о специфике «антиалкогольного» воздействия — то, строго говоря, таковой специфики нет, точнее, она растворяется в общих проблемах и задачах воспитания личности и профилактики любых других видов аномалий развития. Разумеется, надо вовремя информировать ребенка о пагубности пьянства, его вреде для здоровья и т. п., однако подлинный иммунитет к пьянству и алкоголизму дают не эти знания (хотя, повторяем, они являются важным и необходимым условием), а воспитанная в человеке активная социальная позиция, коллективистская, общественная направленность, увлеченность делом, наличие смысловых перспектив и идеалов жизни.

Следует особо подчеркнуть, что вне научной психологии воспитательная работа не достигнет должной эффективности, будет оставаться на уровне счастливых находок отдельных педагогов. К сожалению, проблема взаимоотношения, взаимопонимания между научной психологией и практикой воспитания остается пока весьма острой. Актуальность, важность этой проб-

лемы для успешной профилактики аномалий личности, в том числе и раннего алкоголизма, настолько велика, что необходимо хотя бы вкратце остановиться на ее истоках, причинах и возможных путях решения.

Воспитатель личности находится в совершенно ином положении, нежели исследователь личности, ученый-психолог. Воспитатель при столкновении с непонятным для него, неизученным явлением не может, подобно честному исследователю, сказать: «Это явление в настоящее время малодоступно анализу и научному постижению, поэтому необходимо отложить его интерпретацию, не высказывать сейчас каких-либо определенных суждений и выводов, а накопить соответствующие данные, факты, подготовить соответствующие методы, провести эксперименты и, может быть, через некоторое время накопив соответствующий материал и обработав его, мы сможем принять определенное решение, высказать определенные суждения и рекомендации». Воспитатель, в отличие от ученого, обычно по роду своей работы не имеет возможности откладывать решение, затушевывать острые вопросы. Он часто должен найти решение сразу, сейчас, не откладывая, ибо перед ним стоит задача, связанная с человеком, нередко с его судьбой, жизнью, и человек этот ждет помощи советом и делом сегодня, а не через несколько лет, когда наука будет в состоянии ему помочь. Воспитатель тем самым находится в особом и — надо признать — более трудном положении: он часто вынужден принимать решение без достаточных к тому рациональных оснований, «втемную», апеллируя к опыту и интуиции. С другой стороны, положение воспитателя и более выгодное, поскольку ему меньше, чем исследователю, грозит уход в абстрактные, не связанные с реальной жизнью представления о личности, о внутренних процессах ее становления.

Эти различия не столь редко рождают в среде воспитателей и педагогов известный скепсис по отношению к психологии как науке, которая, на их взгляд, реально мало что может дать для воспитательной практики, для разрешения ежедневных вопросов о конкретных Машах и Сашах, с которыми имеет дело педагог-воспитатель. Можно увидеть и другой, правда, значительно менее распространенный уклон — излишне восторженное отношение некоторых педагогов, особенно молодых, к возможностям психологии, упование на нее как на главное и единственное условие педагогического успеха.

На наш взгляд, отношения между практической педагогикой и психологией можно условно уподобить отношениям между практической медициной и, скажем, физиологией. Знание последней, даже самое совершенное, еще не делает человека врачом, однако без этого знания сложное и во многом интуитивное искусство врачевания невозможно, ибо лишается своего фундамента. Точно так же и знание основ психологии само по себе не делает его обладателя ни педагогом, ни воспитате-

лем, ни психотерапевтом, однако является в этих случаях необходимым, поскольку в нем содержатся сведения о внутренних процессах, структурных особенностях и, наконец, о слабых точках того «материала», к которому прилагается воспитательное и коррекционное воздействие. И если серьезная ошибка в деле врачевания, происшедшая из-за того, что врач игнорировал физиологические возможности организма, будет справедливо расценена как должностное преступление, то и грубую ошибку воспитателя, порожденную незнанием общепсихологических закономерностей, также следует рассматривать как не менее тяжкое должностное преступление, ибо если в первом случае речь идет о вреде, причиненном жизни тела, то во втором — о вреде, причиненном жизни души.

Стремление обойтись без научной психологии личности, в котором, надо признать, во многом повинны и сами психологи как фрагментарностью своих исследований, так и по преимуществу сложным, запутанным стилем их изложения, приводит к еще одному примечательному явлению в современной практической педагогике. Каждый педагог, сколь бы скептически он ни относился к психологии, в ходе своей работы осознанно или неосознанно должен строить и всегда так или иначе строит свое представление о психических процессах развития ребенка, его личности. Пока что эти представления складываются у педагогов, во-первых, стихийно, исходя из разных отправных точек, и, во-вторых, что главное, излагаются на разных понятийных языках. В результате и практическую педагогику, и педагогику теоретическую, «книжную» наводняют подчас несопоставимые между собой взгляды на психологию личности, каждый из которых, как правило, оказывается пригодным лишь в очень узком диапазоне событий, а часто вообще приложим лишь к единичному событию. В результате педагог нередко оказывается, по сути, замкнутым в рамках своего, только им созданного и выстраданного опыта и понимания личности без подлинной возможности передачи этого опыта и понимания другим, ибо подобная передача подразумевает по крайней мере единый понятийный язык.

Могут возразить, что подлинное воспитание — всегда процесс «поштучный», и события, возникающие здесь, как правило, единичны. Могут возразить также, что передача опыта в педагогике идет особым путем, не только, а иногда не столько через книги, инструкции и методики, сколько через непосредственное общение с носителем данного опыта, через непосредственное участие в его методической воспитательной работе. Соображения эти верны, верно и то, что по книгам и статьям можно выучить педагогику, но стать педагогом нельзя — для этого требуется непосредственное участие в педагогическом процессе, не говоря уже о таком обязательном и неформальном условии, как любовь к детям. Однако все это не отменяет насущной для современной педагогики необходимости опираться в конкрет-

ной работе на научную психологию личности. Иначе педагогика начинает превращаться в некоторое собрание «тысячи и одного случая», где почти на любую рекомендацию, высказываемую исходя из своего конкретного опыта и своих взглядов на личность одним педагогом, можно легко найти противоположную рекомендацию, защищаемую другим педагогом. С этим, в частности, связано еще одно явление в современной педагогике. Свобода в обращении с психологией, отсутствие постоянной опоры на нее приводят к тому, что во многих теоретических построениях и практических рекомендациях возрастная специфика, конкретно-психологические особенности потребностных состояний, мотивов, желаний ребенка, по сути дела, игнорируются, а на их место подставляются потребности и желания, мысли и чувства, которые, по мнению педагогов, должны быть или желательны на данной возрастной ступени. Это явление, которое можно обозначить как «постулат долженствования», наносит огромный ущерб делу воспитания. Подчиняясь «постулату долженствования», педагог неизбежно начинает искать не там, «где потеряно», не там, где реально находится сейчас ребенок со всеми особенностями его психики, его личности и детского мышления (нравятся ли они нам или не нравятся, кажутся привлекательными или отталкивающими), а там, где «светло», куда он должен только еще прийти в результате сложного и длительного воспитательного процесса.

Все это лишний раз свидетельствует о том, что нельзя обойтись без научной теории психологии в построении воспитательного воздействия, в деле профилактики разного рода аномалий личности. Следовательно, вопрос, который вполне реально и остро стоит перед каждым без исключения практиком-педагогом, — это вопрос не о том, нужна или нет психологическая теория в его работе, а вопрос о том, какой должна быть эта теория: продолжать ли идти преимущественно по линии интуитивных и просто житейских построений со всеми теми последствиями, о которых речь шла выше, либо обратиться и к опыту научной психологии, к ее достижениям в деле объективного изучения личности с тем, чтобы от педагогики ретроспективной, рассказывающей более или менее поучительные истории о том, что и как случилось в ее опыте, перейти к педагогике перспективной, смело предугадывающей свои результаты на основе знания внутренних законов психологического строения и развития личности. Сказанное вовсе не означает, что педагогике следует превратиться в некую строгую «технологию воспитания». Речь идет не о лишении педагогики элемента искусства и интуиции, не о шаблонах, а, напротив, о большем, более свободном варьировании на основе знания внутренних психологических законов, подобно тому как нередко в общем-то одинаковое или сходное знание физиологии или анатомии не уравнивает искусство врачей.

Сказанное не следует понимать, однако, лишь таким обра-

зом, что само по себе углубленное постижение научной психологии дает каждому педагогу необходимый фундамент для его практической работы по воспитанию и коррекции аномалий личности. Для достижения подлинных воспитательных эффектов необходимо движение не только от педагогики к знаниям психологическим, но и совершенно обязательно встречное движение от психологии к богатейшей сокровищнице педагогического опыта. Необходимо, следовательно, сближение двух наук, специальная научно-исследовательская работа по согласованию их понятий, по совместной разработке психологически обоснованных и педагогически действенных методов воспитания и коррекции личности.

Психологические знания, выясненные психологией закономерности не могут быть механически перенесены в педагогику, но при построении буквально каждой конкретной методики необходима специальная научная работа по использованию, прилаживанию этих знаний к данной воспитательной задаче. Психолог при этом должен многому учиться у педагога, учиться умению проникать в специфику сложной педагогической реальности, ее нюансы с тем, чтобы найти именно для данной задачи, для данного класса ситуаций те приемы и методы, которые будут адекватно реализовывать известные ему психологические знания и закономерности. Задача психологии не исчерпывается тем самым изучением самих по себе психологических закономерностей, но для того, чтобы стать не только теоретической, но и практической наукой, необходима еще постоянная работа, требующая компетенции специалиста-психолога, по внедрению общих выводов, по применению узнанных закономерностей в той или иной конкретной области практики, среди которых воспитание — одна из первейших и наиболее значимых.

Таковы, на наш взгляд, некоторые основные проблемы, сложности и перспективы соотношения психологии и педагогики на пути построения целостной науки о воспитании, которая, в частности, должна стать фундаментом разработки действенной профилактики раннего алкоголизма как наиболее опасной и злокачественной формы аномального развития личности.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Зависимость успеваемости школьников от потребления спиртных напитков (в процентах)

Потребление алкоголя	Успеваемость	Авторы и годы			
		Австрия, 1899, Wilker	Германия, 1909, Bayer	Германия, 1912, Helker	Россия, 1910, Коровин
Полные абстиненты	хорошая	41,8	32	67,6	34,1 М—48,8 Ж
	удовлетворительная	49,2	51,11	29,7	48,8—31,5
	плохая	9,0	16,89	2,7	17,1—19,7
Потребляют эпизодически	хорошая	34,2	26,54	64,3	31,4—36,8
	удовлетворительная	56,7	52,9	33,3	47,5—45,4
	плохая	9,1	20,56	2,4	21,1—17,8
Потребляют ежедневно	хорошая	27,9	14,0	61,4	—
	удовлетворительная	58,4	55,5	35,6	—
	плохая	13,7	30,5	3,0	—

Таблица 2

Употребление пива учащимися (на 100 обследованных)

Возраст	Город	Мальчики	Девочки
9—10	Инта	49,8±2,1	31,9±2,0
11—13	Ленинград	48,2±3,4	32,8±3,4
	Архангельск	25,0±2,9	18,2±2,3
	Инта	50,4±1,4	29,2±1,3
14—15	Ленинград	56,3±4,1	53,7±4,3
	Архангельск	60,0±3,3	43,4±3,2
	Инта	62,2±1,8	42,5±1,7
16—17	Ленинград	79,6±4,3	64,7±5,2
	Архангельск	78,7±3,0	55,2±3,1
	Инта	84,1±2,5	59,7±2,2

Таблица 3

Характеристика пьянства учащимися в зависимости от факта личного употребления спиртных напитков (на 100 обследованных)

Оценка пьянства	Употребляли спиртные напитки					
	в семье			в компании друзей		
	«да»	«нет»	t	«да»	«нет»	t
Осуждают	50,5±2,9	72,5±0,7	7,4	49,2±2,6	55,4±0,7	2,3
Считают аморальным	20,9±0,6	29,3±2,6	3,1	19,7±2,0	24,8±0,6	2,4
Считают нормальным явлением	5,9±1,3	2,9±0,3	2,2	5,0±1,1	1,1±0,1	3,4
Безразлично относятся	3,3±1,0	1,9±0,2	1,3	1,1±0,5	2,4±0,2	2,4
Затрудняются ответить	11,0±1,8	1,9±0,2	4,9	25,0±2,2	16,3±0,5	3,8

Таблица 4

Распределение оценок учащимися пьянства в зависимости от принятых в семье алкогольных обычаев (на 100 обследованных)

Оценка пьянства	Ситуация алкоголизации в семье				
	не употребляют спиртного	только по праздникам	по праздникам и при встрече с друзьями	по праздникам и в выходные дни	каждый день
Осуждают и считают аморальным	66,0±1,9	80,7±0,7	83,9±0,9	76,7±1,8	79,3±3,5
Считают нормальным явлением	2,0±0,5	1,7±0,2	1,2±0,3	2,4±0,6	0,7±0,7
Безразлично относятся	1,0±0,4	1,2±0,2	1,3±0,3	1,7±0,5	3,0±1,5
Затрудняются ответить	31,0±1,8	16,4±0,7	13,6±0,8	19,2±1,6	17,0±3,2

Таблица 5

Приобщение детей к алкоголизации (в процентах)

№	Авторы, год, страна	Возраст контингента (в годах)	Впервые предложили детям спиртные напитки				
			родители		родные	товарищи	самостоятельно
			отец	мать			
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Н. И. Григорьев, 1900, Россия	8—13	72,1				
2	А. М. Коровин, 1910, Россия	8—13	42,6М; 32,1Ж	14,4Ж; 26,2М	30,1М	25,8Ж	1,6М; 1,4Ж
3	П. А. Розанов, 1912, Россия	7—13	37,7М; 34,5Ж	10,3Ж; 21,3М	13,2М; 12,1Ж	8,1М; 3,2Ж	15М; 7,4Ж
4	Т. М. Богомолова, 1928, СССР	6—16	36,0	31,0	42,5		12,0
5	Э. И. Дейчман, 1928, СССР	8—11	49,5	31,5	13,8	3,3	1,9
6	В. Липский, И. Тетельбаум, 1928, СССР	12 12—13 14—15	47,8 37,0 22,2		26,1 25,9 24,1	30,4 37,0 46,0	13,0
7	Б. С. Сигал, 1928, СССР	11—14	20,1—33,7	11,7—30,5	52,0	35,8	16,2
8	А. И. Исхакова, 1929, СССР	10—14 14—17	21,5М; 16,4Ж 6,3М; 1,2Ж	9,7М; 21,4Ж 3,2М; 6,4Ж	13,2М; 11,2Ж 7,9М; 9,2Ж	11,5М; 4,9Ж 14,6М; 12,7Ж	4,9М; 6,7Ж 9,2М; 6,8Ж

1	2	3	4	5	6	7	8
9	В. И. Орнатский, 1929, СССР	12—17	40,9			54,2	4,9
10	И. Канкарович, 1930, СССР	12—18	14,0	3,8	2,6	53,1	19,6
11	Михайлов, 1930, СССР	14—18	27,6			54,3	16,15
12	Л. А. Богданович, 1971, СССР	15—17	82,0 — на семейных торжествах			10,0	
13	А. И. Цаплин, 1972, СССР	6—7	60,0	30,0		10,0	
14	Е. Д. Красик, 1974, СССР	16	65,0				
15	В. В. Веселовский с соавт., 1976, СССР	16—18	24,3 — по инициативе взрослых				
16	П. И. Сидоров, 1976, СССР	9—10 11—13 14—15 16—17	43,0М; 49,7Ж 33,0М; 30,5Ж 13,0М; 26,6Ж 14,2М; 25,6Ж		14,0М; 23,1Ж 19,8М; 26,8Ж 8,1М; 15,2Ж 7,9М; 9,6Ж	9,6М; 5,3Ж 11,8М; 17,0Ж 21,7М; 32,0Ж 34,6М; 38,9Ж	33,4М; 21,9Ж 35,4М; 20,7Ж 57,2М; 26,2Ж 43,3М; 25,9Ж
17	Ю. Ф. Приленский, Н. Д. Иванюженко, 1980, СССР	3—7	20—30				

Продолжение табл. 5

1	2	3	4	5	6	7	8
18	П. И. Сидоров, С. Н. Зинатулин, 1983, СССР	14—18 «трудные подростки»	5,7			47,6	46,1
19	A. D. Slater, 1952, США	17—19	59М; 32Ж				
20	W. Mieroslawski et al., 1962, Польша	7—14	16,0		75,0	9,0	
21	Л. Секей, 1972, Венгрия	6—10	60,5				
22	R. L. Kane, E. Patterson, 1973, США	12—20	60,0			11,0	14,0
23	D. Fejer, R. G. Smart, 1975, Канада	13—20	42,0				
24	R. L. Margules et al., 1977, США	16—18	44,4М; 57,0Ж				
25	K. Ostrowska, 1981, Польша	7—18	37,5		23,2	28,5	

Таблица 6

Преимущественно употребляемые подростками и юношами спиртные напитки (в процентах)

№	Авторы	Год, страна	Контингент	Спиртные напитки			
				водка	вино	пиво	другие напитки
1	2	3	4	5	6	7	8
1	R. Fröhlich	1901, Австрия	учащиеся низших школ 6—14 лет	49,2 М; 41 Ж	82,1 М; 81 Ж	92,5 М; 91 Ж	
2	Д. Н. Бородин	1910, Россия	ученики земских уч-щ 9—13 лет	водка и вино 77,8 М	61,1Ж	85,2 М; 55,6 Ж	
3	А. М. Коровин	1910, Россия	сельские школьники 8—13 лет	30,5 М; 21,3 Ж	9,9 М; 25,3 Ж	22,2 М; 32,1 Ж	наливки и коньяки 0,1 М; 0,8 Ж
4	Д. П. Никольский	1910, Россия	студенты 20—25 лет	30,0	33,1	34,2	коньяк — 2,7
5	П. А. Розанов	1912, Россия	учащиеся начальных уч-щ 7—13 лет	26,2 М; 6,3 Ж	59,8 М; 29,0 Ж	41,4 М; 11,3 Ж	
6	О. Рюле	1923, Германия	«пролетарские дети»	25,0	53,0	70,0	
7	Э. И. Дейчман	1927, СССР	школьники 8—11 лет	62 М; 31 Ж	79 М; 71 Ж	83 М; 66 Ж	самогон 32 М; 12 Ж
8	Т. М. Богомолова	1928, СССР	школьники 6—16 лет	20,0 М; 5,8 Ж	66,2 М; 63,6 Ж	68,4 М; 47,1 Ж	самогон, коньяк, наливки 5,3 М; 0,9 Ж 2,7 М; 1,4 Ж 28,0 М; 32,9 Ж

Продолжение табл. 6

1	2	3	4	5	6	7	8
9	Б. С. Сигал	1928, СССР	учащиеся ФЗУ 16—18 лет школьники 11—14 лет	39,4 10,3	57,9	63,6	самогон — 18,5
10	А. И. Исхакова	1929, СССР	школьники 10—17 лет	2,0	55,6	43,7	самогон — 1,0 брага — 0,5
11	Д. Ф. Зайдель	1930, СССР	учащиеся ФЗУ 14—19 лет	17,8	15,2	32,0	
12	Михайлов	1930, СССР	учащиеся ФЗУ 10—18 лет	27,8	8,2	50,7	самогон — 11,4
13	П. И. Сидоров, С. Н. Зинатулин	1983, СССР	143 «трудных» подростка из сельских районов		39,4	43,4	
14	R. L. Kane, E. Patterson	1972, США	школьники 12—20 лет	16,0	34,0	50,0	
15	K. Ostrowska	1981, Польша,	2991 учащийся 20 школ Варшавы	13,5	57,3	21,4	

Таблица 7

Распространенность и частота алкоголизации различных контингентов молодежи (в процентах к итогу)

№	Авторы	Год	Страна	Контингент	Возраст в годах	Доля употреблявших	Частота потребления
1	2	3	4	5	6	7	8
1	K. Wilker (цит. М. Г. Котельников 1910)	1909	Германия 1) г. Гера 2) Ульмский округ 3) Майнингенское герцогство 4) Познань 5) Дрезден 6) Мюнхен	учащиеся средней школы		1) 99,22М—98,56Ж 2) 99,4 3) 95,1 4) 78,35 5)	пьют ежедневно 32,7 пьют часто 77,23 ежедневно пьют пиво 21,2М—23,5Ж пьют регулярно 40,0
2	K. Wilker	1909	Германия Мюнхен	3240 школьников			почти не пьют 13,49М — 15,8Ж, пьют случайно — 78,66М — 73,82Ж, пьют ежедневно — 7,85М — 10,38Ж.
3	Bayer (цит. Э. Крепелин)	1912	Германия	591 ребенок		77,3	пили ежедневно — 37,1 несколько раз в день — 12,5
4	Hecker (цит. Э. Крепелин)	1912	Германия	4589 учеников народных школ		86,1	ежедневно пили пиво 66,0; иногда пили пиво — 30,1; кроме пива пили водку — 8,0

1	2	3	4	5	6	7	8
5	Доклады кружка по борьбе с алкоголизмом в школе	1913	Венгрия	248 221 школьник	7—17	70,6	пьют «регулярно» 13,3
6	Kopczynski	1921	Польша	школьники	7—14	95,0	2,0 — несколько раз в неделю; 4,0 — 1 раз в неделю
7	Henze	1922	Германия, Франкфурт на Майне мальчики «дефектной школы»	школьники, мальчики	14 12 10—13		регулярно пьют: пиво — 66,0 — 41,0 водку — 19,0 — 19 пиво — 57,0 водку — 62,0
8	Отто Рюле	1923	Германия	20 000 «пролетарских детей»		70,0	
9—14	А. И. Плотичер	1931	Германия США Италия	дети школьники школьники	 14—18 14—18	48—65,0 29,0М до 70	
15	A. D. Slater	1952	США, шт. Айова	1177 школьников	14,5	44,0 М—20,0 Ж	
16	R. Strops, S. D. Bacon	1953	США	студенты колледжей		74,0	

1	2	3	4	5	6	7	8
17	R. Mc. Carthy	1960	США, Нью-Йорк	4000 школьников	14 16	79,0 90,0	
		1960	США, шт. Висконсин	1000 школьников в городах в сельск. местн.	ст. классы	63,0 44,0	
18	G. L. Moddox, B. Mc. Call	1964	США	школьники	ст. классы	55,0—85,0	
19	E. Blaker et al.	1965	США	500 правонарушителей	15	72,0	29,0 — чрезмерно злоупотребляют
20	R. L. Kane, E. Patterson	1972	США, шт. Кентукки	19 929 школьников	12—20 ср. 15,5	73	26,0 — 1—2 раза в год 18,0 — 1—2 раза в месяц 8,0 — еженедельно 3,0 — несколько раз в неделю
21	P. G. Bourne, K. Fox	1973	США	школьники	12 13 14 15 16 17 18	18,9 23,8 30,5 39,3 46,2 52,8 55,4	
22	Milman, Wen-Huen-Su	1973	США	551 школьник	средние классы	52,0	
23	G. Barnes	1974	США, Нью-Йорк	школьники	16	91,0	

Продолжение табл. 7

1	2	3	4	5	6	7	8
24	D. Wellisch, I. R. Hays	1974	США	школьники	15—18	85,0	
25	D. S. Lipton	1977	США, шт. Нью-Йорк	160 000 школьников	7—12 классы	80,0	
26	V. A. Battishich	1978	США	145 студентов		82,0	
27	D. D. Celentano, D. V. Mc. Queen	1978	США, шт. Мериленд	юноши и девушки	18—20	77,02 М—63,3Ж	
28	R. I. Paudina, W. H. Raskin	1981	США, шт. Нью-Джерси	1970 школьников 224 подростка, состоящих под надзором	12—18	94,0 99,9	
29	H. Reiskin, H. Wechsler	1981	США	252 студента		95,0	
30	D. Fejer, R. G. Smart	1968 1975	Канада Торонто	школьники	7—13	46 73	
31	H. Joachim	1973	Канада	школьники	15—18	65,0 крепкие напитки	
32	M. M. Malhorta	1976	ФРГ, окр. Метман	957 учащихся	14—21		12,3 — регулярно потребляют с 14—16 лет
33	P. Lorenz	1977	ФРГ	юноши и девушки	до 16	60,0 М—37,0 Ж	

1	2	3	4	5	6	7	8
34	F. Stimmer	1981	ФРГ	юноши и девушки	12—24		57,0 юношей и 37,0 девушек — несколько раз в неделю
35	R. Mader	1965—66 1969—70	Австрия	по 200 подростков правонарушителей			часто — 38,0 часто — 29,0
36	W. G. Adams	1979	Австралия	студенты последнего курса университета		92,0 М—96,0 Ж	
37	D. Wellisch, I. R. Hays	1974	Мексика	школьники	15—18	58,0	
38	R. C. Whitehead	1974	Шотландия	1606 старшеклассников		71,0	
39	I. Decrucg et al.	1976	Бельгия, Брюссель	3037 школьников	12—14		В день выпивают стакан пива: 40,0 — юношей и 27,0 — девушек
40	I. G. Bernard	1980	Франция, Париж	молодые солдаты		94,0	25,0 — регулярно
41	A. Feline	1982	Франция	учащиеся школы			31 М и 15 Ж — ежедневно слабые напитки и не менее 3-х раз в неделю крепкие
42	F. Herber	1971	ГДР	юноши	14—18	75,2	3,8 — ежедневно 45,2 — 1 раз в неделю 26,2 — случайно

1	2	3	4	5	6	7	8
43	Л. Секей	1972	Венгрия	школьники	6—10	92,5	в 16 лет пьют: еженедельно — 43,5 и изредка — 30,7
44	I. Kiss, L. Harbuba	1973	Венгрия	410 учащихся	10	около 90,0	
45	I. Scala	1957	Чехословакия	640 подростков	до 10 до 16	68,0 96,0	в 16 лет пили систематически 60,0 М—10,0 Ж
46	Ат. Шишков, М. Пенева	1957	Болгария	281 подросток правонарушитель			часто и регулярно — 34,6
47	Zaclad Higieny A. M. W. Lubline	1947	Польша	13 000 школьников	7—14		11,9 — эпизодически 27,5 — ежедневно
48	W. Mieroslawski et al.	1962	Польша	4602 школьника	7—14	87,7	36,9 — знали только вкус 42,6 — пили эпизодически 20,5 — пили часто
49	H. Zaczkiewicz	1974	Польша, Краков	школьники	11—14	48,3	
50	Orzebsha	1975	Польша, Вроцлав	69 школьников	14—18	91,3	27,0 — 1 раз в месяц и чаще
51	K. Ostrowska	1981	Польша, Варшава	1196 девушек 1795 юношей	12 13—15	23,6 47,8	

Распространенность алкоголизма среди различных контингентов молодежи (в процентах)

№	Авторы, год, страна	Контингент	Доля больных алкоголизмом
1	2	3	4
1	П. И. Григорьев, 1900, Россия	число алкоголиков на 10 000 жителей С.-Петербурга по переписи 1890 г. 6—10 лет 11—15 лет 16—20 лет	0,3 М 0,4 М—0,03 Ж 5,0 М—0,75 Ж
2	А. М. Коровин, 1909, Россия	среди б-х алкоголизмом лица моложе 20 лет	4,6
3	Е. Б. Рич, 1910, Россия	то же	1,89 М—0,9 Ж
4	Б. М. Сегал, 1967, СССР	»	0,8
5	Е. Б. Рич, 1910, Россия	среди б-х алкоголизмом лица моложе 25 лет	9,47 М—3,5 Ж
6	С. И. Полинковский, А. М. Рубинчик, 1956, СССР	то же	3,2
7	А. Н. Молохов, Ю. Е. Рахальский, 1959, СССР	»	8,0
8	Н. И. Чучелов, 1927, СССР	среди рабочих 22—23 лет «неумеренных пьяниц»	44,7
9	Т. Богомолова, 1928, СССР	среди школьников 6—16 лет «бытовых алкоголиков»	14,0
10	И. Канкарович, 1930, СССР	среди школьников 12—19 лет «привычных алкоголиков»	1,2 М—0,6 Ж
11	Д. С. Футер, 1958, СССР	беспризорники (20-е гг.)	35—40
12	Н. И. Фелинская, 1965, СССР	подростки, состоящие на учете в милиции	13,0
13	В. Я. Гиндикин, 1968, СССР	то же	13,0 25,0—склонны к алкоголю
14	В. В. Веселовский с соавт., 1976, СССР	юноши и девушки 16—18 лет, поступавшие в медвытрезвитель	29,3
15	П. И. Сидоров, 1976, СССР	то же	46,2 М—начальные признаки

1	2	3	4
16	Н. Я. Копыт с соавт., 1976, СССР	среди злоупотребляющих алкоголем 16—19-летние составляют по данным а) диспансера б) скорой помощи	 0,2 М—1,7 Ж 7,3 М—5,7 Ж
17	А. Е. Личко, 1976, СССР	юноши 14—18 лет, госпитализированные в психиатрическую клинику	4,0— I ст. 2,0—II ст. 23,0—злоупотребляют
18	А. Ф. Артемчук, 1980, СССР	учащиеся профтехучилища	14,8 ранние признаки зависимости
19	Л. С. Рычкова, 1981, СССР	13—17-летние учащиеся вспомогательной школы	23,8 ранние признаки алкоголизма
20	L. Mason (цит. по: Григорьев, 1900)	среди пролеченных больных алкоголизмом лица до 20 лет составляют 1881 1892 1892	 0,8 0,4 М 0,84 Ж
21	R. Straus, 1953, США	среди начавших злоупотреблять в школьные годы	6,0 М—1,0 Ж
22	W. W. Wattenberg, I. B. Moir, 1956, США	подростки, арестованные за пьянство	10,0
23	Г. А. Мендельсон, Ю. М. Ткачевский, 1959	среди подростков в США испытывают потребность в регулярной алкоголизации»	3 млн. человек
24	R. A. Zucker, 1965, США	среди подростков «проблемные алкоголики» составляют	5—10,0
25	Med. Wld. News, 1972, США	среди больных алкоголизмом молодежь 11—19 лет составляет	5,0
26	Юнайтед Стейст Ньюс энд Уорлд рипорт, 1973, США	то же	5,0
27	N. Pace, 1978, США	»	5,0 500 000 человек
28	D. D. Celentano, D. V. Mc. Queen, 1978, США	злоупотребляют алкоголем среди 18—20-летних мужчин в сельской местности	11,4

1	2	3	4
29	Ганноверская рабочая колония, 1898, Германия	среди пролеченных 6-х алкоголизмом лица до 20 лет составляли: 1896—97 1897—98	 4,9 4,9
30	Lancet, 1964, ФРГ	от общего числа учтенных алкоголиков молодежь до 25 лет составляет	10,0
31	Konkret, 1969, ФРГ	то же	60 000 человек каждый 12-й
32	St. Wieser, 1973, ФРГ	»	300—380 тыс. человек 7—8,0
33	W. Feuerlein, 1975, ФРГ	»	7,0
34	Fheisoha-Schwedhelm, 1980, ФРГ	молодежь 12—15 лет	10—злоупотребляют алкоголем
35	С. С. Ступин, 1904, Австрия	среди больных алкоголизмом лица до 20 лет	0,5 М—0,2 Ж
36	Ellikon a. d. Thur, 1898, Швейцария	среди пролеченных больных алкоголизмом лица до 20 лет составляют по отчетам больниц	1,6 (1892) 1,58 (1897) 2,9 (1898)
37	Турва, 1893, Финляндия	то же	2,6 (1891) 3,4 (1892) 2,4 (1893)
38	I. Santamari, 1972, Австралия	несовершеннолетние алкоголики от населения страны составляют	0,16 21 000 человек
39	I. G. Bernard, 1980, Франция	среди молодых солдат	8,5 — злоупотребляют
40	K. Ostrowska, 1981, Польша	2991 школьник 20 школ	26,4 — злоупотребляют 5,8 — хронический алкоголизм

Таблица 9

Сроки формирования зависимости от алкоголя у подростков

№	Автор, год	Контингент	Время развития алкоголизма и его последствий
1	А. Н. Молохов, Ю. Е. Рахальский, 1959	юноши	в течение 4—5 лет регулярного пьянства
2	Г. В. Зеневич с соавт., 1974	лица до 30 лет	абстинентный синдром формируется за 3—4 года злоупотребления
3	Л. Я. Висневская, Е. А. Данилова, 1978	подростки 15—17 лет	явления абстиненции формируются за 1—1,5 года, а иногда за несколько месяцев систематического пьянства
4	М. В. Романов, 1980	подростки 13—17 лет	переход от злоупотребления к алкоголизму от нескольких месяцев до 1—2 лет
5	З. Н. Болотова с соавт., 1980	подростки 15—17 лет	выраженная стадия алкоголизма формируется за 0,5—1,5 года систематических выпивок
6	Н. Е. Буторина с соавт., 1980	подростки 12—18 лет	за 3,8±1,9 года становление ранних признаков алкоголизма
7	П. И. Сидоров, 1982	подростки 14—18 лет	в течение 5—6 месяцев регулярного пьянства

Таблица 10

Особенности алкоголизации подростков в зависимости от типа акцентуации характера (по А. Е. Личко, 1983)

№	Тип акцентуации характера	Клинико-психологические особенности алкоголизации
1	Неустойчивый	Основной мотив алкоголизации — желание испытать веселое настроение. Стараются достичь не очень глубоких степеней опьянения. Вино предпочитают водке. Вино рассматривают как необходимый атрибут развлечений. Выпивка всегда осуществляется в группе асоциальных сверстников
2	Гипертимный	Модус алкогольного поведения соответствует неустойчивому типу. Отличие состоит в возможности сравнительно долго удерживаться на уровне алкоголизации, не достигающей сформированного алкоголизма

№	Тип акцентуации характера	Клинико-психологические особенности алкоголизации
3	Эпилептоидный	Опьянение протекает по дисфорическому типу со злобностью, агрессией, дикими разрушительными действиями, попытками самокалечения. Быстро возникает компульсивное влечение к алкоголю, часто появляющееся с психической зависимостью. Крепкие спиртные напитки предпочитаются вину. В опьянении рано появляются амнестические эпизоды, напоминающие палимпсесты при сформировавшемся алкоголизме
4	Циклоидный	В период подъема в отношении алкоголя ведут себя так же, как гипертимные юноши, но в субдепрессивной фазе обычно избегают спиртного
5	Эмоционально-лабильный и психастенический	Вообще не склонны к алкоголизации
6	Шизоидный и сензитивный	Могут использовать малые дозы алкоголя в качестве своеобразного допинга, облегчающего контакты и снимающего робость и застенчивость. При этом может формироваться своеобразная психическая зависимость, отличающаяся от истинной психической зависимости при алкоголизме. Физической зависимости не возникает
7	Истероидный	Склонны преувеличивать свою алкоголизацию, изображать себя своего рода «алкогольными эстетами», уверяя, например, что пьют только коньяк или марочные вина и т. п.
8	Конформный	Вступают на путь алкоголизации, оказавшись в пьющей компании

Таблица 11

Сравнительная характеристика параметров радиоизотопных ренограмм здоровых людей и больных хроническим алкоголизмом (на 100 обследованных)

Показатели ренографии		Нет алкоголизма	I стадия алкоголизма	II стадия алкоголизма	III стадия алкоголизма
T_{max} прав. почки	$M \pm m$	3,96±0,13	3,17±0,18**	3,11±0,04**	3,21±0,23*
	σ	0,94	0,61	0,40	0,77
	n	54	12	126	12

Показатели ренографии		Нет алкоголизма	I стадия алкоголизма	II стадия алкоголизма	III стадия алкоголизма
T 1/2 прав. почки	M ± m	11,29±0,32	8,43±0,69**	7,10±0,08**	8,17±0,65**
	σ	2,29	2,49	0,90	2,15
	n	54	14	116	12
T_{max} лев. почки	M ± m	3,96±0,14	3,04±0,18**	3,09±0,04**	3,17±0,23*
	σ	1,02	0,61	0,40	0,77
	n	54	12	125	12
T 1/2 лев. почки	M ± m	10,85±0,32	8,08±0,52**	7,03±0,08**	8,25±0,69**
	σ	2,24	1,80	0,90	2,30
	n	54	13	117	12

* Отличия от нормы достоверны ($p<0,01$).
** $p<0,001$.

Таблица 12

Динамика показателей радиоизотопных ренограмм больных хроническим алкоголизмом в возрастном аспекте

Показатели ренографии		Контрольная группа	Возраст				
			до 20 лет	20—29	30—39	40—49	50 и более
T_{max} прав. почки	$M \pm m$ σ n	3,96±0,13 0,97 54	3,33±0,23* 0,86 15	3,05±0,06 0,44 52	3,21±0,09 0,58 38	3,05±0,07 0,36 31	3,31±0,18 0,71 16
T 1/2 прав. почки	$M \pm m$ σ	11,29±0,32 2,29	7,90±0,54 2,02	7,13±0,21 1,55	7,28±0,19 1,17	7,48±0,22 1,22	8,22±0,44 1,70
T_{max} лев. почки	$M \pm m$ σ	3,96±0,14 1,02	3,32±0,24* 0,88	3,09±0,06 0,44	3,28±0,06 0,35	3,05±0,07 0,36	3,25±0,18 0,71
T 1/2 лев. почки	$M \pm m$ σ	10,85±0,32 2,24	8,10±0,46 1,73	7,21±0,20 1,43	7,34±0,21 1,29	7,23±0,26 1,46	8,03±0,55 2,12

* Отличия от нормы достоверны ($p < 0,01$).
В остальных случаях $p < 0,001$.

ЛИТЕРАТУРА [1]

Алемаскин М. А. Психологическая характеристика личности подростков-правонарушителей. — В кн.: Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении. М., 1968.

Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Алкоголизм и нарушение поведения в подростково-юношеском возрасте. Тез. докл. III Всерос. съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. М., 1974.

Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. М., 1966.

Ануфриева В. Д. Психологическое исследование положения трудновоспитуемых в системе личных взаимоотношений в классе. — В кн.: О некоторых вопросах нравственного воспитания детей и подростков. М., 1970

Асмолов А. Г. Деятельность и установка. М., 1979.

Асмолов А. Г., Братусь Б. С., Зейгарник Б. В., Петровский В. А., Субботский Е. В., Хараш А. У., Цветкова Л. С. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности. — Вопр. психологии, 1979, № 4.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968.

Беличева С. А. Престижность и асоциальное поведение несовершеннолетних. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. Л., 1977.

Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. Л., 1966.

Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.

Болотова З. Н. Некоторые социально-гигиенические аспекты проблемы алкоголизма. Материалы 5-го съезда невропатол. и психиатров Украинской ССР. Киев, 1973.

Братусь Б. С. Психологический анализ одного из видов патологии личности. — Вопр. психологии, 1973, № 2.

Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.

Братусь Б. С. Психологические аспекты нравственного развития личности. М., 1977.

Братусь Б. С. К изучению смысловой сферы личности. — Вестн. Моск ун-та. Сер. XIV. Психология, 1981, № 2.

Буторина Н. Е., Мовчан М. Г. и др. Некоторые условия, способствующие ранней алкоголизации подростков. — В кн.: Научные и практические основы снижения заболеваемости рабочих и инженерно-технических работников промышленных предприятий. Челябинск, 1979.

Веселовский В. В. и др. К вопросу об алкоголизации у лиц молодого возраста. — В кн.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976.

Висневская Л. Я., Данилова Е. А. Об особенностях изменения личности при алкоголизме у детей и подростков. Тез. IV Всероссийской конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1978.

[1] Полный список литературы по раннему алкоголизму (691 наименование) содержит библиографический указатель «Социальные и клинические аспекты алкоголизации молодежи» / Под ред. П. И. Сидорова. Архангельск, 1982.

Виш И. М. К вопросу об алкогольных психозах у детей и алкоголизме среди молодежи. — Казанский медицинский журнал, 1932, № 2—3.

Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973.

Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936.

Гальперин П. Я. Введение в психологию. М., 1976.

Ганнушкин П. Б. Избр. труды. М., 1964.

Гиндикин В. Я. Социально-психиатрическая характеристика трудных подростков. — В кн.: Дети с отклонениями в поведении. М., 1968.

Гиндикин В. Оберегая здоровье подростка. — Правда, 1979, 15 янв.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М., 1980.

Давыдов В. В. Проблема периодизации психического развития. — В кн.: Возрастная и педагогическая психология. Пермь, 1974.

Дейчман Э. И. Опыт изучения алкоголизма среди школьников. — Соц. гиг., 1927, 1(9).

Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.

Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.

Зеневич Г. В. и др. О влиянии возрастного фактора на формирование и течение люцидных и психотических форм алкоголизма. — Тез. докл. III Всерос. съезда невропатол. и психиатров. Т. 3. М., 1974.

Злотников И. Л. и др. К вопросу об алкоголизме у несовершеннолетних правонарушителей в практике амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии. Материалы конф. по дет. психиатрии. М., 1970.

Зюбин Л. М. Психология асоциального поведения несовершеннолетних. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук. Л., 1969.

Каратаева Н. В., Муратова И. Д., Сидоров П. И. Организация и содержание противоалкогольной работы со школьниками. Методические материалы в помощь лектору. М., 1979.

Копыт Н. Я. Распространенность и медико-социальные последствия алкоголизма. — В кн.: Социальные проблемы здравоохранения. М., 1975.

Копыт Н. Я., Сидоров П. И., Скворцова Е. С. Об организации и эффективности антиалкогольного воспитания в школе. — Здравоохранение Российской Федерации, 1979, № 9.

Копыт Н. Я., Муратова И. Д., Сидоров П. И., Скворцова Е. С. Причины и особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте. Научный обзор. М., 1980.

Коровин А. М. Сельская школа и алкоголизм в Московской губернии. Труды I Всероссийского съезда по борьбе с пьянством. Т. 2. Спб., 1910.

Крутецкий В. А. Психология обучения и воспитания школьников. М., 1976.

Лазурский А. Ф. Классификация личностей. М., 1923.

Левин Б. М. Социальный портрет алкоголика. — В кн.: Мнение неравнодушных. М., 1971.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., 1965.

Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и сознание. — В кн.: XVIII Международный конгресс психологов. Симп. 13. М., 1966.

Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.

Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения. М., 1983.

Липатов В. Две повести. М., 1972.

Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). М., 1983.

Литвинов П. Н. Особенности клиники и течения алкоголизма в молодом возрасте. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. М., 1967.

Личко А. Е. Алкоголизация и профилактика алкоголизма у подростков с аномалиями характера. — В кн.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1979.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
Лишин О. В. Психолого-педагогические особенности формирования общественно полезной деятельности подростков. — В кн.: Психологические условия и механизмы воспитания подростков. М., 1983.
Лукомский И. И. Особенности клиники и течения хронического алкоголизма с учетом факторов пола и возраста. — В кн.: Проблемы алкоголизма. Вып. 2. М., 1971.
Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е. Хронический алкоголизм. М., 1959.
Муратова И. Д., Сидоров П. И. Антиалкогольное воспитание в школе. Метод. рекомендации. Архангельск, 1977.
Муратова И. Д., Сидоров П. И. О клинико-социальной характеристике подростково-юношеского контингента медвытрезвителей. — Труды Московского НИИ психиатрии. Т. 76. М., 1977.
Муратова И. Д., Теддер Ю. Р., Сидоров П. И. Опыт противоалкогольной работы с угрожаемым контингентом несовершеннолетних. — Здравоохранение Российской Федерации, 1978, № 10.
Муратова И. Д., Котлова Л. М., Сидоров П. И. Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Метод. рекомендации. Архангельск, 1979.
Муратова И. Д., Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Клинико-социальный подход к этиопатогенезу алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — В кн.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. М., 1979.
Муратова И. Д., Сидоров П. И., Черепанова Т. Г. Медико-социальные аспекты профилактики психического здоровья трудных подростков. — В кн.: Эпидемиология нервных и психических болезней. М., 1979.
Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
Насиновская Е. Е. Исследование мотивации личности с использованием гипноза. Дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. М., 1983.
Нелидов А. Л. Некоторые социально-психологические механизмы возникновения юношеского алкоголизма. — Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1978, № 2.
Петровский А. В. Личность в психологии с позиций системного подхода. — Вопр. психологии, 1981, № 1.
Подгурецкий А. Очерк социологии права. М., 1974.
Поляков Ю. Ф. Психология и психиатрия. — Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, № 6.
Поперечная Л. Н., Рубинштейн С. Я. О некоторых причинах неправильного развития личности подростков, перенесших органическое поражение центральной нервной системы, и мерах профилактики. Метод. рекомендации. М., 1973.
Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. М., 1973.
Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946.
Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1973.
Субботский Е. В. Изучение у ребенка смысловых образований. — Вестн. Моск. ун-та. Сер. XIV. Психология, 1977, № 1.
Сурнов К. Г. Изменение установок личности при алкоголизме. Дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. М., 1982.
Сухомлинский В. А. Рождение гражданина. М., 1971.
Теддер Ю. Р., Сидоров П. И. Некоторые социально-гигиенические аспекты формирования алкогольных привычек. — Советское здравоохранение, 1976, № 4.
Теддер Ю. Р., Сидоров П. И. Влияние семьи на отношение детей к потреблению спиртных напитков. — Здравоохранение Российской Федерации, 1976, № 7.
Фельдштейн Д. И. Психологические проблемы общественно полезной деятельности. — Вопр. психологии, 1980, № 4.
Цаплин А. И. Материалы к эпидемиологии алкоголизма в раннем детском возрасте. — Труды Пермского мед. института. 1972, № 110.

Чалисов М. А. и др. Особенности течения алкоголизма у подростков.— В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. Минск, 1973.
Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. — Вопр. психологии, 1971, № 4.
Alexander C. N., Campbell E. Q. Balanced forces and environmental effects: factors influencing the cohesiveness of adolescent drinking groups.— Social Forces, 1968, N 46.
Blacker E., Demone H. W., Freeman H. E. Drinking behavior of delinquent boys. — Quart. J. Stud. Alcohol., 1965, 26.
Chafetz M. E. Alcoholism. — In: Comprehensive textbook of psychiatry. N. Y., 1967.
Demone X., Wexler T. Alcoholism problems. Women and children. N. Y.; Stratton, 1976.
Fejer D., Smart R. G. The knowledge about drugs, attitudes toward them and drug use rates of high school students. — J. Drug Educ., 1973, N 3—4.
Globetti G. Problem and non problem drinking among school students in abstinence communities. — Int. J. Addict., 1972, N 7.
Goodwin D. W. Alkoholism and heredity. — Arch. gen. psych., 1979, N 1.
Jagoda G., Grammond I. Children and alcohol — a develop mental study in Glasgow. Hlth Bull. (Edinb.), 1973, N 31.
Jarema M. Alkoholizm w ocenie uczniow szkol szczecinskich. — Psychiat. pol., 1976, N 4.
Jellinek E. M. Theliseaese concept of alcoholism. New Haven, 1962.
Kane R. L., Patterson E. Drinking attitudes and behavior of high-school students in Kentucky. — Quart. J. Stud. Alc., 1972, 30.
Keyserlingk H. Jugendgefahrdung durch Alkohol. — Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1963, 6.
Kneist W., Peterman A. Rauch und Trinkgewohneiten 14—18 jähriger Jungen und Mädchen. — Zges. Hyg., 1964, N 10.
Mackay J. R. Clinical observations on adolescent problem drinkers. — Quart. J. Stud. Alcohol., 1961, 22.
Mader R. Alkoholismus bei kriminellen jugendlichen — Eine Vergleichsuntersuchung (1965/66—1969/70). — Acta paedopsychiat, 1972, N 39.
Neubert R. Jugend und Alkohol. Berlin, 1962.
Nylander I., Rydelius P.-A. The relaps of drunkenness in non-asocial teenage boys. — Acta Psychiat. Scand., 1973, 49, 4.
Prendergast T. J., Schaefer E. S. Correlates of drinking and drunkenness among high-school students. — Quart. J. Stud. Alc., 1974, 35.
Schröder U. Alkoholismus bei Kindern und Jugendlichen. — Z. Allgemeinmed., 1976, 10.
Smart R. G., Fejer D. Six years of cross—sectional surveys of students drug use in Toronto. — Bull. Narcot., 1975, 27, 2.
Stacey B., Davies J. Drinking behavior in childhood and adolescence: an evaluative rewiew. — Brit. J. Addict., 1970, 65.
Wechsler H., Thum D. Teenage drinking, drug use and social correlates. — Quart. J. Stud. Alc., 1973, 34.
Wellisch D., Hays J. R. A cross-cultural study of the prevalence and correlates of students drug use in the United States and Mexico. — Bull. Narcot., 1974, 26, 1.
Whitehead P. C. Multidrug use: supplementary perspectives. — Int. J. Addict., 1974, 9, 2.
Zucker R. A. Adolescent drinking and problem behavior; an outline of preliminary findings and long—term goals of the adolescent drinking study. Presented at the 1966 Alumni Institute, Rutgers Summer School of Alcohol Studies, New-Brunswick, NJ, 20, 1966, July.

ОГЛАВЛЕНИЕ

SUMMARY

This book is the first monographic study of adolescent alcoholism in Soviet literature. Its authors are B. S. Bratus, a psychologist, docent at Moscow University, and P. I. Sidorov, a physician, assistant professor at Arkhangelsk Medical Institute. Summing up their experience in the study of this problem they concentrate on a comprehensive psychological and clinical analysis of inner causes and regularities of the occurence of adolescent alcoholism, the role of biological, psychological and sociopsychological determinants in this process and examine specific "prehistories" of the patients, i. e. the peculiarities of their personality development prior to their alcoholic indulgence. Careful consideration is given to the main trends in the study of adolescent alcoholism, current problems of diagnostics and systematics, psychological aspects of prophylactic work with problem adolescents.